

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Kryštof Kerndl

**Subjektivně vnímaný vliv diagnózy na prožívání
psychického onemocnění**

**Subjectively perceived effect of diagnosis on the experience
of mental illness**

Vedoucí bakalářské práce: doc. Mgr. Kateřina Zábrodská, Ph.D.

2024

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval své vedoucí práce, doc. Mgr. Kateřině Zábrodské, Ph.D. za všechny rady, komentáře, revize a konzultace, bez kterých by práce nemohla vzniknout. Dále bych chtěl poděkovat své přítelkyni a svému bratrově za pomoc při korektuře práce a také všem participantům a participantkám, kteří se zapojili do výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Kryštof Kerndl

V Praze dne 1.5.2024

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá subjektivně vnímaným vlivem diagnózy na prožívání psychického onemocnění, se specifickým zaměřením na smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu. Cílem práce je zjistit, zda a jakým způsobem dochází u diagnostikovaných ke změnám prožívání symptomů, změnám sebepojetí či dalších psychosociálních aspektů duševní nemoci. Teoretická část se skládá z popisu historického vývoje a definice diagnózy daného duševního onemocnění, fází a faktorů diagnostického procesu a změn self po diagnóze duševního onemocnění. Empirická část práce popisuje realizovaný kvalitativní výzkum provedený polostrukturovanými rozhovory s 5 participanty a participantkami s diagnostikovanou smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou, které byly analyzovány dle metodologie Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Cílem výzkumu bylo porozumět subjektivně vnímanému vlivu diagnózy smíšené úzkostné a depresivní poruchy na zkušenost duševního onemocnění. Výsledky analýzy naznačují, že participanti před diagnózou nevnímali zažívané symptomy jako projevy duševního onemocnění. Tyto nepojmenované symptomy se snažili zvládat rozličnými formami copingu. Po diagnóze byly symptomy konkretizovány jejich pojmenováním diagnózou. Díky lepšímu porozumění zažívaným symptomům je mohli participanti lépe rozeznat od normálních prožitků a předpovídat jejich průběh. Jistota vycházející ze zmíněných znalostí nahrazovala a zlepšovala copingové mechanismy používané před diagnózou. Kromě nahrazení copingu měla diagnóza pozitivní efekt na legitimizaci prožitků duševního onemocnění a také na pocity sejmutí viny.

Klíčová slova: diagnóza; psychické onemocnění; self; smíšená úzkostná a depresivní porucha

Abstract

This bachelor thesis focuses on the subjectively perceived impact of diagnosis on the experience of mental illness, with specific focus on mixed anxiety and depressive disorder. The aim is to explore whether and how diagnosed individuals experience changes in symptom perception, self-concept, and other psychosocial aspects of mental illness. The theoretical part of the thesis consists of describing the historical development and definition of the diagnosis of the given mental disorder, stages and factors of the diagnostic process, and changes in self after the diagnosis of mental illness. The empirical part of the thesis describes a qualitative study conducted through semi-structured interviews with 5 participants diagnosed with mixed anxiety and depressive disorder, which were subsequently interpreted and analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) methodology. The research aimed to understand the subjectively perceived impact of a mixed anxiety and depressive disorder diagnosis on the experience of mental illness. The analysis results indicate that participants did not perceive experienced symptoms as manifestations of mental illness before the diagnosis. They attempted to manage these unnamed symptoms through various coping mechanisms. After the diagnosis, symptoms were concretized by their naming through diagnosis. With a better understanding and knowledge of experienced symptoms, participants could better distinguish them from normal experiences and predict their course. The certainty arising from these knowledge in most cases was sufficient to replace and improve coping mechanisms used before the diagnosis. In addition to coping replacement, the diagnosis had a positive effect on legitimizing experiences of mental illness and feelings of relief from guilt.

Key words: diagnosis; mental illness; self; mixed anxiety and depressive disorder

Obsah

Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	11
1. Diagnóza psychického onemocnění	11
1.1. Historický kontext	11
1.2. Definice diagnózy	13
2. Smíšená úzkostná a depresivní porucha (MADD).....	14
2.1. Historie a vývoj diagnózy MADD	14
2.2. Symptomy MADD	15
3. Diagnostický proces	17
3.1. Fáze diagnostického procesu.....	17
3.2. Faktory diagnostického procesu.....	20
3.2.1. Hledání diagnózy.....	20
3.2.2. Komunikace diagnózy.....	20
3.2.3. Užitečnost diagnózy	22
3.2.4. Vnější faktory	22
3.2.5. Vnitřní faktory.....	22
3.3. Obecné zhodnocení diagnostického procesu.....	23
4. Změny self.....	24
4.1. Změny sebepojetí	24
4.1.1. Benefity diagnózy pro sebepojetí.....	25
4.1.2. Rizika diagnózy pro sebepojetí	27
4.2. Změny sociální identity	29
4.2.1. Benefity diagnózy pro sociální identitu	29
4.2.2. Rizika diagnózy pro identitu	31
II. Empirická část	34
1. Metodologie	34

1.1.	Výzkumné otázky	35
1.2.	Sběr dat.....	35
1.3.	Etika výzkumu.....	36
1.4.	Participantí	36
1.5.	Ukázka analýzy dat	38
2.	Výsledky analýzy dat	41
2.1.	Koncepce onemocnění před diagnózou.....	42
2.1.1.	Nepojmenované symptomy	42
2.1.2.	Nefunkční management symptomů.....	48
2.2.	Koncepce onemocnění po diagnóze	52
2.2.1.	Diagnóza jako legitimizace	53
2.2.2.	Diagnóza jako self-management	56
3.	Diskuse	60
4.	Závěr.....	64
	Reference.....	65
	Seznam příloh.....	75
	Přílohy	76
	Příloha 1	76
	Příloha 2	79
	Příloha 3	82

Seznam zkratek

DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
MADD	Smíšená úzkostná a depresivní porucha (<i>Mixed anxiety-depressive disorder</i>)
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)

Úvod

Dle výzkumu realizovaného Národním ústavem duševního zdraví v roce 2017 mělo ze vzorku 3306 českých participantů v daném roce 21 % prožívat duševní onemocnění (Formánek et al., 2019). Národní zdravotnický informační portál (NZIP) uvádí, že nějakou formou duševního onemocnění trpí v současné době až 10 % Čechů (NZIP, 2024). Pro rok 2020 byla v ČR nejčastěji diagnostikovanou poruchou smíšená úzkostně depresivní porucha, s podílem 13,84 % ze všech diagnóz duševního onemocnění toho roku. Celkový počet osob trpících nějakou formou psychiatrické nemoci vzrostl v ČR mezi lety 2010 a 2021 o 22 % (NZIP, 2024). Tato a mnoho dalších studií z českého i mezinárodního kontextu poukazují na významnou prevalenci a stále narůstající množství osob potýkajících se s duševním onemocněním a s ním spojeným diagnostickým systémem (Wu et al., 2023).

Dle vědeckého briefingu realizovaného pro WHO v roce 2022 měly k tomuto nárůstu celosvětově přispět podmínky izolace a další faktory způsobené karanténou během pandemie COVID-19 (WHO, 2022a). V roce 2019 se celosvětově potýkalo s duševním onemocněním přibližně 970 miliónů lidí, z nichž 31 % mělo diagnózu úzkostných poruch a 28,9 % depresivních poruch (WHO, 2022b).

Cílem této práce je hlouběji porozumět subjektivně prožívanému významu diagnózy duševního onemocnění a diagnostického procesu na úrovni jednotlivce z perspektivy kvalitativního výzkumu. V rámci teoretické části se budeme zabývat vymezením a historií diagnóz, základním vymezením smíšené úzkostné a depresivní poruchy (MADD), a také psychickými a sociálními procesy, které formují subjektivní zkušenost diagnózy duševního onemocnění. Budeme se zaměřovat na specifika diagnózy smíšené úzkostné a depresivní poruchy, pozitivní i negativní emoce spojené s momentem diagnózy, fáze přijetí diagnózy duševního onemocnění a v neposlední řadě na proměny sebepojetí a sociální identity po diagnóze duševního onemocnění.

Empirická část této práce představí realizovaný kvalitativní výzkum provedený polostrukturovanými rozhovory s 5 respondenty a respondentkami s diagnostikovanou smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou, které byly následně interpretovány dle metodologie Interpretativní fenomenologické analýzy (dále označené IPA). Metodické postupy dle IPA umožňují konstruovat rozhovory a interpretovat sesbíraná data způsobem, který dává participantům možnost popsat zkoumané fenomény skrze jejich vlastní slova a žitou zkušenost (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Cílem výzkumu bylo porozumět zkušenosti diagnózy

duševního onemocnění z úhlu pohledu participantů s diagnózou smíšené úzkostně-depresivní poruchy definované dle MKN-10.

I. Teoretická část

1. Diagnóza psychického onemocnění

Od počátku dějin se lidstvo pokoušelo kategorizovat, pojmenovávat a rozeznávat typy psychického onemocnění. Moment pojmenování onemocnění diagnózou umožňuje diagnostikovaným začlenit vlastní zkušenost symptomů do sdíleného rámce medicínského jazyka. Izolující symptomy a prožitky onemocnění mohly být pomocí diagnózy smysluplně uchopeny léčebnými naukami, systémy a postupy. Diagnóza tímto způsobem dávala nemocným určitou „mapu“ ukazující, co je může na cestě léčbou čekat, kam cesta povede, a kde se momentálně nachází (Jutel, 2014).

1.1. Historický kontext

Projevy a symptomy duševních chorob byly historicky uchopovány rozličnými způsoby. Archaické kultury chápaly onemocnění jako například následek útoku duchů, démonů nebo čarodějnic, propojení lidského těla s širším kosmem či jako nerovnováhu tělesných šťáv (Steinert, 2020). V západním kontextu byl pro kategorizaci nemocí nejzásadnější rozkvět taxonomické klasifikace 18. století spojený s touhou po podrobném popisu přírodního světa (Jutel, 2014). Klasifikační systémy vznikající v této době utvořily základní postup a metodiku pro rozeznání, definování a kategorizování onemocnění, a také pro příčinné vysvětlení symptomů (Aronowitz, 2008).

Historickému vývoji klasifikace duševního onemocnění se ve svém díle věnoval například francouzský filozof a historik Michel Foucault, který komplexně rozpracoval a problematizoval otázky mocenských dynamik v kontextu diagnostiky duševních onemocnění. Dle Foucaulta se systém klasifikace duševního onemocnění vnikající v 18. a 19. století silně opíral o názory hnutí osvícenství a racionalismu. Schopnost rozumu a myšlení byla v této době považována za konstitutivní aspekt lidství, v případě jejího narušení byla potřeba „nemocné“ osoby institucionalizovat a vyčlenit ze společnosti. Kromě duševních chorob byly do tohoto systému též začleněny poruchy morálky a antisociální chování, kterými byly například prostituce, bezdomovectví či hereze (Foucault, 2006; Still & Velody, 2012).

V západním kontextu můžeme pohlédnout na další méně dávné příklady dnes již vyvrácených diagnóz. Například diagnóza tzv. drapetomanie, která byla chápána jako tendence otroků k opakovaným útěkům (King & Jeynes, 2021). Za zmínku stojí také například tzv. pomalá schizofrenie, která byla v Sovětském svazu psychiatry dávána lidem vymezujícím se vůči

tehdejšímu sovětskému společenskému uspořádání a byla považována za raný symptom schizofrenie (Zajicek, 2018). Jedním z nejznámějších příkladů vyvrácených diagnóz je pojetí homosexuality jako duševního onemocnění, které bylo zcela odstraněno z diagnostického manuálu DSM-III teprve v roce 1987 (Drescher, 2015).

Moderní pojetí diagnózy duševního onemocnění a její klasifikace se vyvíjí v 19. století. Jednou z nejvýznamnějších osobností spojenou se vznikem psychiatrického klasifikačního systému byl německý psychiatr Emil Kraepelin, který prosazoval symptologický přístup ke klasifikaci psychických onemocnění (Lane, 2018). Kraepelinův přístup stál na předpokladu, že pacienti s obdobnou symptomatikou musí mít podobné mozkové abnormality nebo etiologii onemocnění. Sdružování pacientů s obdobnými symptomy mělo dle Kraepelina vést k nalezení společného biologického základu duševních chorob a také k vytvoření klasifikačního systému (Lane, 2018). Potřeba jednotného systému klasifikace duševních onemocnění postupně vedla ke vzniku prvního Diagnostického a Statistického manuálu (*Diagnostic and Statistical Manual*) Americké psychiatrické asociace v roce 1952 (APA, 2024).

Klasifikační systémy psychiatrických diagnóz ale nezůstaly bez kritiky. Nejvýznamnějším v tomto kontextu bylo antipsychiatrické hnutí 60. let 20. století, které se pokoušelo problematizovat vědeckost psychiatrie. Osobnosti antipsychiatrického hnutí mezi než se zařadili Thomas Szasz, R. D. Laing, Franco Basaglia nebo Erving Goffman kritizovali nevědeckost psychiatrické klasifikace, a také poukazovali na její negativní sociálně-psychologický dopad (Grob, 2011; Michael, 1999).

Částečně v reakci na kritiku antipsychiatrického hnutí došlo k revizi diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, konkrétně ke vzniku jeho třetí edice v roce 1980 (DSM-III), která cílila na vědecky rigoróznější pojetí diagnóz a větší odstup od etiologicky psychodynamických předpokladů (Wilson, 1993). Někteří autoři dokonce označují DSM-II nejen za vědecký dokument, ale také za politický manifest psychiatrické profese (Pilgrim, 2007).

Historické proměny diagnóz a s nimi spojené systémy klasifikace nás mohou vést k úvaze nad mírou kulturní relativity medicínských kategorií. V rámci sociálních a humanitních věd existuje obor sociologie medicíny, který pohlíží na diagnózu jako na sociálně podmíněný konstrukt. Sociologie medicíny se takto zaměřuje na sociální a mocenské aspekty diagnóz a medicínského systému. Uchopení diagnózy jako sociálního konstruktů se nesnaží o popření biomedicínských a empirických podkladů pro její pojmenování, nýbrž zdůrazňuje míru její historické

podmíněnosti, což nás může vést k zaujetí pozice soustředící se na sociální a psychické dopady diagnóz (Amzat & Razum, 2014; Jutel, 2014).

1.2. Definice diagnózy

Kromě čistě empirického poukázání na kategorii a původ onemocnění má diagnóza psychického onemocnění výrazný sociální dopad. Parsons (1951, str. 456) popisuje diagnózu jako „nárok na výjimku“ (v originále „*a claim to exception*“). Nárokem na výjimku autor myslí nárok na neplnění požadavků daných sociálními rolemi. Onemocnění umožňuje diagnostikovaným jedincům v některých případech například nechodit do práce nebo do školy nebo ráno nevstávat. Bez diagnostické kategorie by podobné chování bylo společensky neakceptovatelné (Jutel, 2014). Diagnostikovaný jedinec takto přestává být „obviňován“ z neplnění sociální role a místo toho je „léčen“ z jeho onemocnění (Freidson, 1988; Jutel, 2014).

V rámci této práce se budeme věnovat primárně psychickému subjektivnímu prožitku diagnostického procesu a jeho dopadům na životy diagnostikovaných osob. Pro účely této práce se budeme držet definice diagnózy, tak jak ji popsala Jutel ve své monografii *Putting a name to it* (2014), jelikož se jedná o definici respektující předešle zmíněnou sociálně a historicky podmíněnou relativitu diagnostických kategorií. Jutel diagnózu popisuje následovně: „*Diagnóza je kulturním vyjádřením toho, co je daná společnost ochotna považovat za normální a co by se podle ní mělo léčit.*“¹ (Jutel, 2014, str. 4).

Diagnózu můžeme z tohoto úhlu pohledu chápat jako kulturně podmíněnou kategorii, která popisuje pomyslné hranice normality (fyzické, psychické, sociální atd.), za nimiž je potřeba diagnostikovanou osobu léčit.

¹ „*Diagnosis provides a cultural expression of what a given society is prepared to accept as normal and what it feels should be treated*“

2. Smíšená úzkostná a depresivní porucha (MADD)²

V rámci empirického výzkumu jsme se věnovali změnám pojetí duševního onemocnění během diagnostického procesu u participantů se smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou. Tato diagnóza byla zvolena z důvodu její narůstající prevalence v české populaci a také kvůli jejímu statutu jako jednoho z nejčastěji diagnostikovaných duševních onemocnění na území ČR (NZIP, 2024).

Diagnostický manuál MKN-10 zahrnuje smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu v rámci kategorie „Jiné anxiózní poruchy“ (F41), které jsou popsány následovně:

„Poruchy, kde je hlavním příznakem manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci. Depresivní a obsedantní příznaky a někdy i prvky fobické úzkosti se také mohou objevit, ale musí být nepochybně sekundární nebo méně závažné“ (ÚZIS ČR, 2023, F41.2).

Samotná smíšená úzkostná a depresivní porucha spadá pod kód F41.2 a je definována následovně:

„Této položky by mělo být použito, když jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito. Anxiózní deprese (lehká nebo nepřetrvávající)“ (ÚZIS ČR, 2023, F41.2).

Jak již definice v MKN-10 naznačuje, smíšená úzkostná a depresivní porucha, anglicky *mixed anxiety-depressive disorder* (dále označovaná jakožto MADD), zastřešuje diagnostiku klientů se smíšeně úzkostně-depresivními symptomy, které samostatně nepřevažují natolik, aby byly hodnoceny jako diagnóza.

2.1. Historie a vývoj diagnózy MADD

Historicky je MADD poměrně mladou diagnostickou kategorií, která začala být užívána s vydáním MKN-10 v roce 1993 (Möller et al., 2016). V kontextu mládí MADD jako diagnostické kategorie se stále debatuje její validita a reliabilita.

Debata se například vede kvůli jejímu zapojení do diagnostického manuálu DSM. První pokusy o začlenění MADD do verze DSM-IV z roku 1994 nebyly úspěšné kvůli nedostatečnému

² *Mixed anxiety–depressive disorder*, obecně užívaná zkratka anglického názvu smíšené úzkostné a depresivní poruchy. Vhodný český ekvivalent neexistuje, proto je v práci dále užíváno MADD.

množství informací, prediktivní validitě, inter-rater reliabilitě a prevalenci v obecné populaci (First, 2011; Möller et al., 2016).

Snahy o zahrnutí MADD do DSM při přípravě manuálu DSM-V z roku 2013 opět selhaly, tentokrát kvůli nedostatečné reliabilitě MADD jako diagnostické kategorie (Clarke et al., 2013; Regier et al., 2013). Nedostatečná reliabilita mohla být způsobena malou zkušeností v klinické aplikaci odlišných kritérií pro vznikající DSM-V, jež se lišily od dosud užívaných kritérií vymezených MKN-10 (Möller et al., 2016).

V současnosti bývá nezařazení diagnózy MADD do manuálu DSM také odůvodněno přílišnou medikalizací mírných symptomů (Walters et al., 2011) a také stigmatizací copingových strategií (First, 2011). S tímto názorem se však neztotožňují všichni badatelé a psychologové, například autoři Hans-Jürgen Möller a kol. (2016) naopak doporučují zapojení MADD do DSM a zdůrazňují význam MADD jako diagnostické kategorie v její schopnosti raného podchycení depresivně-úzkostných onemocnění, které diagnostikovaným umožňuje přístup k potřebné léčbě zamezující případné progresy diagnózy do závažnějšího onemocnění.

2.2. Symptomy MADD

Diagnostická kritéria pro MADD popsaná v MKN-10 uvádějí následující klienty popisované potíže:

„Pacient popisuje různé příznaky úzkosti a deprese. V úvodu může být přítomen jeden nebo více tělesných příznaků (např. únava, bolest). Další vyšetřování odhalí depresivní náladu a/nebo úzkost“ (ÚZIS ČR, 2023, F41.2).

V rámci diagnostických vlastností uvádí MKN-10 následující:

„Pokleslá nebo smutná nálada. Ztráta zájmu nebo potěšení. Výrazná úzkost nebo obavy. Často jsou přítomny tyto přidružené příznaky: poruchy spánku, třes, únava nebo ztráta energie, bušení srdce, špatná koncentrace, závratě, poruchy chuti k jídlu, sebevražedné myšlenky nebo činy, sucho v ústech, ztráta libida, napětí a neklid“ (ÚZIS ČR, 2023, F41.2).

Společnými aspekty diagnostických kritérií MADD napříč diagnostickými manuály zůstávají:

1. Porucha má dostatečnou tíži, aby narušovala funkčnost pacienta nebo způsobovala výrazné potíže.
2. Současný výskyt depresivních a úzkostných příznaků.

3. Ani jedna ze skupin těchto příznaků nespĺňuje diagnostická kritéria pro jinou afektivní nebo úzkostnou poruchu (Bartečková et al., 2022).

Častými jsou také reportované tělesné symptomy, které je v rámci diagnostického procesu nutné prošetřit, aby se dal vyvrátit jejich původ v somatickém onemocnění. Následně je důležité diferenciatně odlišit reportované symptomy MADD od jiných duševních onemocnění (Bartečková et al., 2022). Přestože se diagnóza MADD často přímočaře nabízí, tak je důležité diferenciatně diagnostický proces nepřeskočit (Bartečková et al., 2022).

V rámci starší literatury popisující příznaky MADD (Praško et al., 2003) se objevují také zmínky o reportovaných fyzických symptomech duševního onemocnění. Ty mají diagnostikovaní jedinci tendenci chápat jako důsledky organického onemocnění a často před diagnózou požadují návštěvu specialistů. Příznaky MADD se dle autorů vyvíjejí v průběhu týdnů až měsíců. K rychlejšímu průběhu dojde jen zřídka po silné stresující události (Praško et al., 2003). Časté jsou také problémy se spánkem, bolestí hlavy či zvýšeným napětím, kterým ale často nebývá věnována pozornost ze strany klienta, doktorů ani jeho blízkých. Zmíněné symptomy bývají případně přisuzovány problémům v práci nebo rodině. Kromě fyzických příznaků je typické, že klient nedokáže jasně popsat příznaky, které prožívá. Častými bývají také výkyvy nálad, výrazná podrážděnost, problémy se soustředěním nebo výrazné obavy (Praško et al., 2003).

Diagnóza MADD byla během své krátké existence jako nozologické jednotky a v rámci své kontroverznosti nedostatečně popsána, což také vede k omezenému množství záchytných bodů pro terapii. Studií terapeutických postupů, včetně farmakologie, je v českém i mezinárodním kontextu málo (Bartečková et al., 2022).

3. Diagnostický proces

K pochopení subjektivní zkušenosti obdržení diagnózy je nutné znát kontext a předešlou zkušenost dané osoby s duševním onemocněním a jeho symptomy. Dle dostupných zdrojů neexistuje jeden všeobecně přijmaný model fází psychických stavů po získání diagnózy duševního onemocnění, částečně kvůli obrovskému množství proměnných a faktorů určujících výslednou zkušenost s diagnostickým procesem. Přesto se vícero autorů pokusilo o vytvoření modelu prožitku diagnózy.

3.1. Fáze diagnostického procesu

V kontextu diagnóz závažných fyzických onemocnění bývá často zmiňován model Elisabeth Kübler-Ross (1969), který také bývá užíván k popisu fází truchlení či smíření se smrtí. Přestože je v dnešní době model Kübler-Ross kritizován jako zastaralý pro svou nedostatečnou validitu a přílišnou rigiditu svých fází (Corr, 2021; Tyrrell et al., 2024), tak je v této práci zahrnut pro jeho historický význam. Elisabeth Kübler-Ross navrhuje následujících pět stádií smutku či umírání:

1. popírání,
2. hněv,
3. smlouvání,
4. deprese,
5. smíření.

Oproti většině fyzických nemocí mají diagnózy psychických onemocnění často aspekt reflexe dosavadního života před získáním diagnózy (McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015). Sic se tento prvek v modelu Kübler-Ross neobjevuje, tak nám může být jeho přínos užitečný. Určité paralely mezi fázemi Kübler-Ross a získáním diagnózy duševního onemocnění můžeme spatřit v pocitech truchlení, které může nově získaná psychiatrická diagnóza vyvolat (Horn et al., 2007; Knight et al., 2003; Pitt et al., 2009).

Profesor psychologie Kevin R. Murphy (1995) vytvořil vlastní model fází přijetí duševního onemocnění, konkrétně poruch pozornosti. Dle Murphyho zmenšuje diagnóza poruchy pozornosti pocity selhání a nejistoty, jelikož předešlé potíže mohou být vysvětleny zaviněním poruchy. Diagnostikovaný jedinec postupně prochází procesem znovuvybudování sebevědomí, který ale trvá delší dobu a prochází šesti stádii:

1. úleva a optimismus,

2. popírání,
3. zloba a odpor,
4. truchlení,
5. mobilizace
6. akomodace.

Murphyho koncepce je v mnohém podobná modelu Küblerové-Rossovové, ale oproti ní zahrnuje také prvotní fázi úlevy a optimismu spojenou s již zmíněnou rekonceptualizací dosavadních problémů. Pocity úlevy bývají spojené s legitimizací prožívaného onemocnění diagnózou a také rekonceptualizací dosud zažívaných problémů. Zmíněné pocity úlevy a rekonceptualizace popisují i pozdější studie (Chavez et al., 2012; Morgensen & Mason, 2015).

Murphy v rámci svého modelu vycházel čistě z klinických kazuistik, což vedlo autory Young a kol. (2008) k realizaci kvalitativního výzkumu navazujícího na zmíněné koncepce. Z osmi rozhovorů vedených a analyzovaných dle metodologie interpretativní fenomenologické analýzy vzešla tři centrální témata spojená s diagnostickým procesem: a) zhodnocení předešlých pocitů „jinakosti“ oproti okolí, b) emoční dopad diagnózy, c) přemítání o budoucnosti. Autoři u respondentů identifikovali v rámci emočního prožívání diagnostického procesu šest fází přijetí diagnózy podobných Murphymu pojetí. Fáze byly následující:

1. úleva a nadšení
2. zmatení a emoční nepokoj
3. zloba
4. smutek a truchlení
5. úzkost
6. akomodace

Oproti Murphymu pojetí zcela chyběly fáze popírání diagnózy a mobilizace. Respondenti po diagnóze krátce prožívali prvotní pocit úlevy a nadšení, které ale byly rychle vystřídány fází emočního nepokoje vyvolaného přemítáním nad negativními životními zkušenostmi, kterým se respondenti mohli vyhnout, kdyby získali diagnózu dříve. S touto fází je také spojena zloba a truchlení nad lety prožitými bez diagnózy. Autoři zmiňují, že u některých respondentů bylo nebezpečí, že by zmíněná fáze mohla přejít až do depresivní epizody způsobené přílišnou ruminací nad ztracenými příležitostmi. Dále následovala úzkost spojená s budoucím vývojem poruchy, ale také se stigmatem a informováním okolí o získané diagnóze. Závěrečná fáze přijetí

nebo akomodace úzce souvisela se začleněním diagnózy do sebepojetí a sebebřijetí respondentů.

Prvotní fáze úlevy, sic krátce trvající, měla pro respondenty velký význam. Respondenti zmiňovali pocity neadekvátnosti a jinakosti v rámci svých životů před diagnózou, které jim diagnóza poruchy pozornosti umožnila pochopit. U některých participantů byl moment uvědomění si „jinakosti“ přítomen až zpětně v dospělosti v momentě získání diagnózy. V kontextu ADHD měla nedidiagnostikovaná porucha dopad na jejich sociální interakci, akademické výsledky a prožívání výchovy rodiči. Respondenti byli často označováni za problematické či zlobivé děti nebo za obecně neschopné. Podobný efekt můžeme spatřit i v rámci novějších studií zaměřujících se na prožitek diagnózy u adolescentů a dětí (O'Connor et al., 2018).

Sociální „trestání“ nekonformního chování a jeho reflexe po diagnóze nás může přivést k výše zmíněné koncepci Parsonse (1951) a jeho pojetí „*a claim to exception*“. S diagnostickým labelem ADHD si i sami respondenti umožní zpětné „odpuštění“ za neplnění nároků stanovených jejich sociální rolí. Proměna vnímání sebe sama v současnosti i minulosti v kontextu nároků stanovených sociálními rolemi umožňuje v tomto případě diagnóze výrazně terapeutický efekt přijetí a rekonceptualizaci dosavadních neúspěchů a nedostatečnosti. Zpětné odpuštění a užívání diagnóz jako je ADHD nebo ASD pro vysvětlení „neposlušnosti“ byly pozorovány i u dalších pozdějších studií (Honkasilta et al. 2016; Morgensen & Mason, 2015; Skovlund, 2014).

V rámci třetího nalezeného tématu „přemítání o budoucnosti“ se u respondentů objevovaly výše zmíněné obavy ze setkání se stigmatem spojeným s diagnózou ADHD. Kromě obav se ale také objevovalo pozitivní nahlížení na budoucnost související s nově získanou diagnózou a možností léčby. Pro vícero respondentů byl zásadním momentem získání diagnózy přístup k medikaci, která dle slov respondentů nahradila pocit jinakosti pocitem normality. Zkušenost participantů s medikací měla pozitivní dopad na jejich osobní zkušenost i mezilidské vztahy. Zakoušené zlepšení pozornosti spojené s medikací mělo také pozitivní dopad na vnímání vlastní budoucnosti a sebevědomí, jelikož umožňovalo respondentům zvažovat nové cíle, dříve nedosažitelné kvůli projevům poruchy pozornosti.

Zmíněné koncepce fází spojených s diagnostickým procesem poukazují na široké rozpětí emočního prožitku po diagnóze, zahrnující negativní i pozitivní emoční odezvu a určitou míru reflexe dosavadně prožívaných projevů či symptomů duševního onemocnění.

3.2. Faktory diagnostického procesu

Na samotný prožitek diagnózy má výrazný vliv způsob předání informace o diagnóze a vztah mezi klientem a psychodiagnostickým systémem. Systematické review autorů Perkins a kol. (2018) vycházející ze 78 článků zabývajících se faktory ovlivňujícími zkušenost diagnózy duševního onemocnění poukazuje na tři kategorie faktorů diagnostického procesu. Autoři identifikovali tři kategorie, rozdělené dle chronologických fází klinicky diagnostického procesu: a) hledání diagnózy, b) komunikace diagnózy, c) užívání diagnózy. V rámci zmíněných kategorií faktory dále rozdělují na externí a interní.

3.2.1. Hledání diagnózy

Ve fázi hledání diagnózy hrálo roli vícero rozličných faktorů. Zásadní vliv mělo například, zdali vyhledání diagnózy vycházelo z vůle klienta, nebo se jednalo o externí ekonomické (narůstající cena léčby bez diagnózy) či klinické faktory (popud ze strany psychoterapeuta). Pokud klient došel k rozhodnutí o vyhledání diagnózy z vlastní vůle, byla diagnóza častěji vnímána jako přesná a validující (Bonnington & Rose, 2014; Hayne, 2003; Mitchell et al., 2011).

Autoři (Perkins et al., 2018) dále uvádějí, že v rámci fáze hledání diagnózy měla pozitivní vliv vnímaná hloubka a šíře psychologického vyšetření. V případě komplexního zvážení symptomů, biopsychosociálních faktorů a komorbidit byla diagnóza klienty výrazně pozitivněji vnímána a lépe přijata. Současně se však ukázalo, že komplexnost vyšetření musela mít také svoje meze. V případě příliš dlouhých prodlev v diagnostickém procesu, často způsobených například rozhodováním mezi dvěma podobnými diagnózami, zažívali klienti pocity nejistoty či opuštění během léčby (Ford et al., 2016; Highet et al., 2004; Outram et al., 2015).

Jako poslední významnou podkategorií faktorů v rámci prvotní fáze hledání diagnózy uvádějí autoři (Perkins et al., 2018) míru souladu diagnózy se subjektivně prožívanými symptomy. Respondenti vnímali svou diagnózu jako nejužitečnější v momentě, kdy byla subjektivně v souladu s jejich zkušeností symptomů. Naopak nesprávná, následně změněná diagnóza často vedla k prožitku emočního rozrušení a ztráty důvěry v léčbu (Bonnington & Rose, 2014; Bilderbeck et al., 2014; Highet et al., 2004; Gallagher et al., 2010).

3.2.2. Komunikace diagnózy

Zkušenost a prožitek diagnózy bývají často výrazně ovlivněny formou předání informace o diagnóze samotné. Autoři (Perkins et al., 2018) zmiňují tzv. *disclosure*, neboli sdělení diagnózy, jako hlavní faktor s výrazným dopadem na zkušenost klientů. Jedná se o formu, ale hlavně také o rozhodnutí o sdělení či nesdělení diagnózy klientovi. Při zadržování informace o diagnóze

před klientem vede situace spíše ke kontraproduktivním výsledkům, které mají za následek pocity zmatení, osamocení či bezvýznamnosti. Naopak transparentní informovanost o diagnóze v klientech většinou vyvolávala pocity úlevy a validace jejich zkušeností se symptomy (Outram et al., 2015; Rogers & Dunne, 2013; Sulzer et al., 2016).

Kromě vyslovení diagnózy měla vliv i konkrétní formulace diagnózy. Klienti vnímali popis diagnózy vyjádřený jako osobnostní rys či charakteristiku jako formu obviňování či osobního útoku. V případech, kdy byla diagnóza popsána jako název pro jejich zkušenost, a ne jako součást identity, tak byly následky diagnostického procesu vnímány méně negativně (Perkins, et al., 2018).

Opět se setkáváme s přenesením viny tak, jak ji popisoval Young a kol. (2008) v kontextu poruch pozornosti. V případě identifikace klienta s negativními symptomy totiž může diagnóza postrádat pozitivní pocity úlevy spojené s přenesením „viny“ z nenaplňování sociálních očekávání na duševní onemocnění.

Míra informovanosti a průběh podávání informací o diagnóze byly respondenty vnímány také jako signifikantní. Respondenti studií zpracovaných v rámci systematického review (Perkins et al., 2018) zmiňovali vnímanou nedostatečnost informovanosti o diagnóze a jejích aspektech. V případě nevysvětlené etiologie onemocnění docházelo ke zmatení, šoku a případnému odmítnutí diagnózy způsobeného nedůvěrou v rozhodnutí o konkrétní diagnóze. Kvůli zmíněným důvodům vnímali klienti diagnózu jako neopodstatněnou. S nedostatečnou informovaností a diskuzí o diagnóze a prognóze souvisela také úzkost vycházející z obav o budoucím vývoji onemocnění (Loughland et al., 2015; Morris et al., 2014; Saver et al., 2007).

Přílišná informovanost dle autorů (Perkins et al., 2018) také nebyla ideální, jelikož přehřel informací vedl k pocitům zahlcení a zmatení. Ideálním byla přiměřená míra informací o prognóze a diagnostickém procesu zprostředkovaná diskuzí s klinickými profesionály doplněná letáčky či literaturou umožňující pozdější samostatné doplnění informací. Informace o neléčitelnosti či trvalosti onemocnění vedly k pocitům bezmoci, pokud nebyly doplněny aspoň částečnou, ale realisticky ukotvenou, nadějí na zlepšení aktuálního stavu (Saver et al., 2007).

Zajímavý vliv mělo také užívání biomedicínských termínů při vysvětlování etiologie onemocnění. Pro některé klienty bylo biomedicínské vysvětlení přínosné, jelikož jim pomohlo snížit pocity vlastního zavinění na vzniku symptomů. Někteří klienti nebyli ale

s biomedicínským vysvětlením zcela ztotožnění, jelikož jej vnímali jako inkonzistentní s dosavadními psychosociálními vysvětleními onemocnění (Perkins, et al., 2018).

3.2.3. Užitečnost diagnózy

Reálný dopad diagnózy na léčbu a život po diagnostickém procesu byl dle autorů systematického review (Perkins et al., 2018) jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících percepci diagnostického procesu. Nové možnosti léčby zpřístupněné diagnózou vedly k lepšímu přijetí diagnostického labelu. Naopak v případech, kdy diagnóza nebyla vnímána jako užitečná, tak ji respondenti popisovali jako frustrující či vyvolávající pocity bezmoci a beznaděje (Stalker, Ferguson & Barclay, 2005).

Nejlépe vnímali diagnózu respondenti, kteří se setkali s přístupem respektujícím jejich preference a předešlé zkušenosti s léčbou. V případech, kdy léčba byla vedena čistě dle diagnózy bez ohledu na ostatní faktory byl léčebný proces častěji vnímán negativně (Perkins et al., 2018).

Velmi pozitivně byla vnímána podpora navazující na zjištění diagnózy v podobě diskuze s klinickými profesionály o zažívaných následcích diagnostického labelu, převážně o setkání se se stigmatem (Fletcher, Parker & Tully, 2008; Milton et al, 2016).

3.2.4. Vnější faktory

Kromě faktorů spojených s průběhem diagnostického a léčebného procesu shledali autoři systematického review (Perkins et al., 2018) významné také dělení na vnější a vnitřní faktory působící na percepci diagnózy. V rámci externích faktorů hrálo nejvýznamnější roli setkání se se stigmatem a diskriminací. Sociální dopady diagnózy duševního onemocnění občas vedly k marginalizaci, izolaci či ostrakizaci okolím. Zmíněný dopad byl nejintenzivnější v kulturních kontextech, ve kterých byla diagnóza duševního onemocnění vnímána jako forma abnormality, šílenství či defektnosti (Keating & Robertson, 2004). Získání diagnózy v kulturních kontextech s více přijímajícím pojetím duševního onemocnění bylo pro respondenty méně spojené s úzkostmi a obecně přijatelnější. Přijetí a podpora okolí byly pro respondenty velice významným faktorem pomáhajícím s přijetím diagnózy (Farzad, 2004; Delmas et al, 2012).

3.2.5. Vnitřní faktory

Mezi vnitřní faktory autoři (Perkins et al., 2018) zařazují předešlé zkušenosti s duševním onemocněním či diagnostickým procesem a pojetí identity respondentů. Negativní předešlé zkušenosti s duševním onemocněním (například u rodinných příslušníků) občas vedly

k úzkostem ze získání diagnózy (Goldberg, 2007). Významné byly také předešlé koncepce duševního onemocnění respondentů (odlišné od klinického vysvětlení), které se často dostávaly do konfliktu s nabízenými vysvětleními diagnóz či jejich symptomů. Konflikty například vznikaly v momentě, kdy klient vnímal diagnózu jako fyziologicky způsobenou, a naopak nabízené vysvětlení pojímalo diagnózu jako psychické onemocnění (Perkins et al., 2018).

Diagnóza vyvolávala v respondentech napětí, úzkost, stud či pocity ztráty, pokud ji vnímali jako narušující či podřívající jejich uchopení vlastní identity. Jednalo se například o situace, kdy diagnóza vedla k negativnímu sebepojetí a pocitům „vadnosti“ či redukce celé identity pouze na diagnózu (de Oliveira et al., 2013; Sulzer et al., 2016).

Na pozitivní začlenění diagnózy do identity měl výrazný vliv již zmíněný faktor užití diagnózy. Reálná dostupnost léčby díky diagnóze umožňovala diagnostikovaným lepší uchopení smysluplnosti diagnostického labelu. Diagnóza v těchto případech častěji umožňovala efektivní pojmenování potíží participantů, se kterým se mohli ztotožnit (Stalker, Ferguson & Barclay, 2005).

3.3. Obecné zhodnocení diagnostického procesu

Diagnostický proces je v kontextu subjektivního prožitku diagnózy duševního onemocnění zcela zásadním faktorem dotvářejícím celkovou zkušenost a uchopení diagnostického labelu. Kromě kulturního, sociálního a psychického kontextu, se kterým se diagnostikovaná osoba setkává a který formuje její koncepci duševního onemocnění, utváří diagnostický proces a služby s ním spojené centrální oporu v integraci nového sociálního labelu do identity diagnostikovaných.

Negativní zkušenost s klinickým prostředím a diagnostickým procesem může mít za následek vznik negativních emočních stavů či úzkostí, nebo dokonce úplné odmítnutí diagnózy. Dalekosáhlý dopad a význam diagnostických kategorií v kontextu duševního onemocnění by neměl být klinickými profesionály zanedbáván a měl by vést ke komplexnímu zhodnocení i přístupu při rozhodování o diagnóze duševního onemocnění.

V následujících kapitolách se budeme věnovat aspektům zkušenosti diagnózy duševního onemocnění, které přesahují čistě klinický kontext. Konkrétně se budeme zabývat sociálními aspekty „labelu“ duševního onemocnění a také psychickými procesy zapojenými do změn prožitku sebepojetí či identity.

4. Změny self

Pro celistvé uchopení zkušenosti diagnózy musíme pohlížet na různorodé perspektivy dotvářející celkový fenomén. Diagnóza nefunguje pouze jako pragmatická medicínská kategorie umožňující lepší přístup k léčbě, ale jedná se také o způsob konceptualizace prožitku symptomů onemocnění s dalekosáhlým emočním a sociálním dopadem na životy diagnostikovaných (Jutel, 2014; Perkins et al., 2018).

Diagnóza duševního onemocnění může mít značný vliv na sebepojetí a identitu. Nejvýraznější dopad na zmíněné oblasti může být pocítěn v případě diagnózy duševního onemocnění v dětství nebo adolescenci, obdobích zásadních pro vývoj identity a sebepojetí (O'Connor et al., 2018).

V kontextu změn identity a sebepojetí v rámci diagnostického procesu jsme v minulých kapitolách zmínili například rekonceptualizaci dosavadního života (Murphy, 2008) a také tzv. nárok na výjimku (Parsons, 1951) po získání diagnózy.

V rámci kapitoly užíváme termín *self*, pro jeho těžkou přeložitelnost a odlišnost od termínů *já* nebo *ego*. Pod termínem *self* chápeme psychologicky a sociálně konstituovaný prožitek jedince jako samostatné jednotky, který zahrnuje veškeré jeho charakteristické vědomé i nevědomé atributy (APA Dictionary, 2023).

4.1. Změny sebepojetí

Sebepojetí bývá často definované jakožto „souhrn názorů na sebe sama“, který zahrnuje osobnostní rysy a schémata ale také pojetí vlastní sociální role a sociálních vztahů (Baumeister, 1997, str. 681). Můžeme ho chápat jako souhrn představ a soudů konstituujících odpověď na otázku: „Kdo jsem?“ (Myers, 2022, str. 26). Tato naprosto zásadní součást psychického uchopení „já“ je v kontextu diagnostického procesu podrobena transformaci a dynamické změně související s přijetím diagnózy duševního onemocnění.

Autoři O'Connor a kol. (2018) vycházeli ve svém systematickém review z 38 článků zabývajících se dopady diagnózy duševního onemocnění na sebepojetí a sociální identitu dětí, adolescentů a mladých osob obecně. V rámci tematické analýzy vytvořili model benefitů a rizik spojených se získáním diagnózy. Jak již bylo patrné v předešlé kapitole o faktorech a fázích diagnostického procesu, diagnóza je komplexní fenomén, který může vést k různorodým emocím a dopadům od pocitů úlevy až po bezmocnost.

4.1.1. Benefity diagnózy pro sebepojetí

Zásadní pozitivní změnou sebepojetí, kterou diagnóza může přinést, je hlubší sebeporozumění. Diagnóza v tomto kontextu funguje jako smysluplné vysvětlení dříve nepochopených odlišností a chování diagnostikovaných. Efekt diagnózy na hlubší porozumění sobě samému byl dokumentován v mnoha kvalitativních výzkumech. Autoři metaanalýzy uvádějí 14 zdrojů, které obsahují motiv hlubšího porozumění po diagnóze (Cheung et al., 2015; Cooper & Shea, 1998; Honkasilta et al., 2016; Huws & Jones, 2008; Karterud et al., 2015; Kranke et al., 2011; Leavey, 2005; Lingam et al., 2014; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2009; Singh, 2011; Skovlund, 2014; Wisdom & Green, 2004).³

Jedním příkladem za všechny může být článek autorů Mogensen a Mason (2015), který se zabývá zkušeností adolescentů s diagnózou poruch autistického spektra. Autoři uvádějí zkušenosti respondentů s restrukturací dřívějších zkušeností s „jinakostí“ v sociálním kontextu. Respondenti byli po diagnóze schopni tyto zkušenosti lépe integrovat do pojetí svého self skrze jejich vysvětlení jako součást diagnózy autistického spektra. Zkušenost restrukturaace minulých životních zkušeností skrze diagnostický label je v souladu s dříve zmíněným pojetím přenesení viny (Murphy, 2008) nebo „nároku na výjimku“ (Parsons, 1951). Diagnostikovaní mohli své zkušenosti jinakosti částečně vysvětlit pomocí diagnózy a zbavit se negativních konotací této sociální „nedostatečnosti“ skrze nálepku diagnózy.

Je důležité zdůrazit, že koncepce diagnózy zároveň není čistě jednostranně pozitivní: autoři uvádějí pocity respondentů spojené se zvýrazněním odlišnosti diagnostickým labelem. K přenesení viny tedy do určité míry dochází, ale přijetí sociální role „diagnostikovaného“ může zároveň vést k prohloubení pocitů odlišnosti. Autoři (O'Connor et al., 2018) tyto rozdíly ve zkušenostech diagnostikovaných vysvětlují skrze odlišné přístupy respondentů k diagnostické kategorii. Negativní vnímání diagnózy souviselo s objevením dříve neuvědomovaných hranic a odlišností diagnostikovanými. Pozitivní vnímání naopak souviselo s přijímajícím pojetím dříve zažívaných odlišností. Pojetí diagnózy tak souviselo s náturou nově odhalených charakteristik self. U negativní percepce se jednalo o nové překážky a odlišnosti a u pozitivní o vysvětlení dříve zažívaných překážek, které mohly být nově rekonceptualizovány v kontextu hlubšího pochopení self a uvědomění si, že zkušenost daných překážek zažívají o ostatní diagnostikovaní.

³ Část z výčtu zdrojů uvedených v metaanalýze autorů O'Connor a kol. (2018). V rámci výčtu jsou zahrnuty pouze zdroje, které byly zpracovány pro účely této práce.

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) uvádějí, že respondenti potýkající se s překážkami a symptomy duševního onemocnění bez diagnózy by obecně preferovali dřívější diagnózu (Cheung et al., 2015; Huws & Jones, 2008; Mogensen & Mason, 2015). Opožděná diagnóza zároveň mívá již dříve zmíněný efekt retrospektivního pochopení dřívějších zkušeností (Huws & Jones, 2008; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015).

Kromě hlubšího sebeporozumění má samozřejmě diagnóza pozitivní dopad na životy diagnostikovaných skrze možnost léčby a přístupu k medikaci (Cooper & Shea, 1998; Mogensen & Mason, 2015). Kromě medikace a přístupu k léčbě umožňoval účastníkům label diagnózy identifikaci problematických vzorců a chování, na kterých mohli následně pracovat.

Zajímavou otázkou jsou v tomto kontextu diagnózy bez možnosti efektivní léčby. Autoři Karterud a kol. (2015) se zabývali významem diagnózy pro účastníky diagnostikované s psychogenními neepileptickými záchvaty, diagnózou užívanou pro uchopení špatně vysvětlitelných případů. Přes absenci efektivní léčby této diagnózy vnímali účastníci diagnostickou kategorii psychogenních neepileptických záchvatů jako užitečnou a smysluplnou.

Kromě hlubšího pochopení zmiňují autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) zásadní efekt diagnózy na tzv. sebe-legitimizaci. Diagnóza umožňuje skrze svou vědecko-medicínskou autoritu legitimizovat zažívané symptomy a jejich závažnost jako reálné onemocnění, a nejen jako emoční prožitek v rámci obecné normy (Karterud et al., 2015; Mogensen & Mason, 2015; Wisdom & Green, 2004; Woodgate, 2006).

Autoři (O'Connor et al., 2018) poukazují na propojení legitimizace diagnózy s vnímaným sejmutím viny a úlevou, obdobně jako jsme již zmiňovali v rámci nároku na výjimku. „Nárok na výjimku“ v sobě zároveň skrývá komplexní otázku autonomie a atribuce chování self, nebo diagnóze. Autoři Honkasilta a kol. (2016) se věnovali diskurzivní analýze výpovědí dětských účastníků s diagnostikovaným ADHD o jejich vztahu k narušování socio-kulturních a „morálních“ norem. Respondenti užívali diagnózu jako formu přenášení viny za narušování norem na jejich onemocnění. Tato „atribuční strategie“ souvisela s konstrukcí diagnózy jako samostatné „entity“, na níž může být přenesena příčina chování. Diagnóza v tomto konstruktu figuruje jakožto mimovolní entita, umožňující externalizační vysvětlení nenormativního chování diagnostikovaných, jako je například neposlušnost, konflikt nebo nepozornost ve školním prostředí.

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) uvádějí, že výzkumy zaměřené na tuto atribuční „ztrátu kontroly“ poukazují na skutečnost, že diagnostikovaní užívají tuto konstrukci onemocnění, jako něco mimo kontrolu self pouze ve specifických kontextech. Diagnostikovaní tak většinou neužívají nálepkou diagnózy v kontextech, které podřívají pocit volní kontroly, ale spíš jako možnost externalizace a přenesení viny při setkáních s překážkami (O'Connor et al., 2018).

Příkladem může být studie autora Singh (2011) zaměřená na analýzu užívání diagnózy ADHD dětmi. Autor poukazuje na kontextuální užívání stereotypů spojených s ADHD, jako je například míra nekontrolovatelnosti nebo výbušnosti u dětí. Respondenti uváděli svou zkušenost s užíváním „nálepky“ ADHD na zastrašení spolužáků, kteří vyhrožovali jejich kamarádům, nebo jako formu přenesení odpovědnosti na diagnózu, která jim umožňovala vyváznout z konfliktů bez následků.

Poslední oblastí pozitivního vlivu diagnózy na pojetí self, kterou autoři uvádějí (O'Connor et al., 2018) je určitá forma sebezdokonalení (*self-enhancement*). Diagnóza byla v tomto kontextu autismu vnímána jako „dar“, oproti konstrukci diagnózy jako postižení. U respondentů potýkajících se s depresí byla tato forma pozitivní konstrukce onemocnění méně častá. Respondenti se spíše uchýlovali k popisu onemocnění jako zkušenosti posilující charakter, což jim umožňovalo posílení pozitivního sebepojetí (Elkington et al., 2012; Wisdom & Green, 2004; Woodgate, 2006).

Uchopení diagnózy jako pozitivní charakteristiky nebo jako posilující zkušenosti také souvisí s otázkou vztahu mezi diagnózou a self. Autoři (O'Connor et al., 2018) uvádí 16 článků, v rámci nichž vnímali respondenti diagnózu jako něco, co je mimo jejich self. Respondenti zmíněných výzkumů vnímali diagnózu jako něco, s čím se potýkají, ne něco, čím jsou (Floersch et al., 2009; Hallberg et al., 2010; Honkasilta et al., 2016; Huws & Jones, 2015; Jones, 2012; Karterud et al., 2015; Kranke et al., 2011; Huws & Jones, 2008, 2015; Moses, 2010; Skovlund, 2014; Travell & Visser, 2006; Wisdom & Green, 2004; Woodgate, 2006)⁴.

4.1.2. Rizika diagnózy pro sebepojetí

Kromě pozitivních dopadů na sebeporozumění a přijetí může diagnostická kategorie přinést i řadu rizik nebo negativních zkušeností souvisejících s ohrožením dosavadního sebepojetí participantů. Získání diagnózy může narušit předešlou koncepci self a přinutit diagnostikované

⁴ Část z výčtu zdrojů uvedených v metaanalýze autorů O'Connor a kol. (2018). V rámci výčtu jsou zahrnuty pouze zdroje, které byly zpracovány pro účely této práce.

k přehodnocení vlastní identity. Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) tento jev označují jako radikální rupturu self, která je spojená s pocity ohrožení vlastního sebepojetí (Elkington et al., 2012; Floersch et al., 2009; Hallberg et al., 2010; Huws & Jones, 2008; Jones et al., 2015; Karterud et al., 2015; Mogensen & Mason, 2015).

Nová diagnostická kategorie může být pro diagnostikované nečekaná, což dělá její přijetí náročnějším. Někteří diagnostikovaní zažívají neschopnost identifikace se s diagnózou nebo pocity nesouladu diagnózy se svým sebepojetím (Floersch et al., 2009; Huws & Jones, 2008; Karterud et al., 2015). Nová diagnóza totiž může poukazovat na dříve neznámé negativní atributy, které mohou být náročné na asimilaci do sebepojetí (Jones et al., 2015; Hallberg et al., 2010).

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) uvádí, že náročné přijetí diagnostického labelu mohlo také souviset s internalizovanými negativními stereotypy o duševních onemocněních, jejichž důsledkem byla diagnóza participanty vnímána jako ohrožující pro jejich sebepojetí (Elkington et al., 2012; Floersch et al., 2009; Jones et al., 2015; Karterud et al., 2015; Kranke et al., 2010, 2011; Leavey, 2005).

Kvůli zmíněným negativním stereotypům bývaly zkušenosti participantů s diagnózou provázeny pocity šoku, odmítnutí nebo zármutku. Autoři metaanalýzy uvádějí 14 článků popisujících zmíněné (Chavez et al., 2012; Floersch et al., 2009; Humphrey & Lewis, 2008; Huws & Jones, 2008; Karterud et al., 2015; Kranke et al., 2010; Leavey, 2005; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Travell & Visser, 2006; Wisdom & Green, 2004)⁵.

V extrémnějších případech došlo u diagnostikovaných k celkovému odmítnutí diagnózy (Floersch et al., 2009; Huws & Jones, 2008; Jones, 2012; Karterud et al., 2015; Kranke et al., 2010, 2011; Leavey, 2005; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Travell & Visser, 2006).

U mladších respondentů byla častá proměnlivost vztahu k diagnóze. Diagnostický label byl v některých případech odmítnutý, ale po delší době přijat (Floersch et al., 2009; Kranke et al., 2010, 2011; Mogensen & Mason, 2015).

Jako další rizika diagnózy pro sebepojetí autoři uvádějí sebe-devalvací (*self-devaluation*) spojenou se snížením sebevědomí participantů (Cheung et al., 2015; Elkington et al., 2012,

⁵ Opět se jedná o část z výčtu zdrojů uvedených v metaanalýze (O'Connor et al., 2018). Zmíněné jsou pouze zdroje zpracované pro účely této práce.

2013; Hallberg et al., 2010). Zmíněná sebe-devalvace souvisela s pocitem potvrzení, že je s diagnostikovanými „něco špatně“.

Pro některé participanty byl důvod negativního nahlížení na diagnózu ve zkušenosti se stigmatem. Participanti uváděli dopad stigmatu na omezení jejich studijních možností (Jones, 2012; Moses, 2010) nebo možného kariérního vývoje (Huws & Jones, 2008, 2015; Leavey, 2005). Autoři metaanalýzy uvádějí, že získání diagnózy duševního onemocnění vedlo u některých účastníků k přehodnocení budoucích kariérních a studijních plánů (O'Connor, 2018).

Zkušenosti účastníků poukazují na fakt, že emoční prožitek získání diagnózy duševního onemocnění může být do velké míry různorodý, pro některé se jedná o moment úlevy a pochopení, pro jiné moment šoku a odmítnutí. Kromě individuálních dispozic diagnostikovaných jsou tyto rozdílnosti ve finální zkušenosti diagnózy ovlivněny faktory zmíněnými v předešlé kapitole.

4.2. Změny sociální identity

Získání diagnózy neovlivňuje pouze sebepojetí diagnostikovaných, ale má také vliv na jejich sociální identitu neboli aspekt koncepce self, který je utvářen členstvím v sociálních skupinách (Tajfel, 1981). Diagnóza umožňuje vstup do specifických sociálních skupin diagnostikovaných, sdružených díky společnému labelu a zkušenosti. Může ale také znamenat sociální vyčlenění, izolaci a stigma.

4.2.1. Benefity diagnózy pro sociální identitu

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) poukazují na velké množství studií ilustrujících diagnózu jako jeden z konstitutivních prvků sociální identity (Daley & Weisner, 2003; Elkington et al., 2012; Floersch et al., 2009; Jones et al., 2015; Kranke et al., 2010; Leavey, 2005; Lingam et al., 2014; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2010; Skovlund, 2014; Wisdom & Green, 2004).

Diagnóza velice často figurovala jako prostředek k sblížení se s dalšími diagnostikovanými (McLaughlin & Rafferty, 2014). Vztahy, které vznikaly na základě společné diagnózy byly účastníky někdy vnímány jako vyšší kvality než „normální“ přátelství (Leavey, 2005). Respondenti popisovali, že jim společný diagnostický label umožňoval větší otevřenost v komunikaci a byl prostředkem pro sdílení zkušeností a doporučení spojených s duševním zdravím (Elkington et al., 2012).

Tento pozitivní aspekt sdíleného diagnostického labelu byl vnímán také v rámci organizovaných peer skupin pro podporu diagnostikovaných (Leavey, 2005; Lingam et al., 2014). Respondenti často popisovali pocit izolace, který zmizel po setkání s dalšími diagnostikovanými v podobné situaci (Jones et al., 2015; Kranke et al., 2010). Podobný efekt byl reportován i u online komunikace a četbě o druhých s obdobnou zkušeností (Elkington et al., 2012; Jones et al., 2015; Mogensen & Mason, 2015). Autoři metaanalýzy poukazují na funkci diagnózy jako nástroje, který umožňuje navazovat vztahy s dalšími osobami s obdobnou zkušeností jako diagnostikovaní.

Autoři ilustrují pozitivní efekt diagnózy na mezilidské vztahy i mimo kruhy diagnostikovaných (Elkington et al., 2012; Hallberg et al., 2010; Humphrey & Lewis, 2008; Kranke et al., 2010; Leavey, 2005; Mogensen & Mason, 2015; Singh, 2011; Singh et al., 2010). Diagnóza měla například efekt na vyšší míru tolerance ze strany vyučujících (Honkasilta et al., 2016; Lingam et al., 2014; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2010; Singh, 2011) nebo na zlepšení vztahu s rodiči (Elkington et al., 2012; Leavey, 2005).

Velice časté byly také zmínky o pozitivní diskriminaci neboli záměrnému zvýhodňování diagnostikovaných druhými (Daley & Weisner, 2003; Elkington et al., 2012; Humphrey & Lewis, 2008; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2010; Singh, 2011; Woodgate, 2006). Toto zvýhodnění bylo v některých případech vnímáno participanty negativně, jelikož se jednalo o jeden z dalších aspektů přispívajících k jejich pocitu odlišnosti (Daley & Weisner, 2003; Elkington et al., 2012; McLaughlin & Rafferty, 2014).

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) uvádějí, že diagnóza byla v sociálním kontextu vnímána pozitivně skrze její schopnost vytváření tolerantnějšího prostředí, ale vyvolávala také nepříjemné pocity, pokud vedla k dramaticky odlišnému chování okolí po jejím sdílení.

Posledním uváděným benefitem diagnózy pro sociální identitu je sociální porovnávání. Diagnostický label občas u diagnostikovaných vede k porovnávání závažnosti svého onemocnění s ostatními. U většiny respondentů se jednalo o porovnávání se se „závažnějšími případy“, což umožňovalo respondentům posílení sebevědomí skrze uvědomění si lepšího stavu oproti ostatním (Cooper & Shea, 1998; Daley & Weisner, 2003; Elkington et al., 2012; Huws & Jones, 2015; Jones, 2012; Jones et al., 2015; McCann et al., 2012; McLaughlin & Rafferty, 2014; Moses, 2009; Singh et al., 2010; Skovlund, 2014). Autoři poznamenávají, že vytváření sociálních hierarchií diagnostikovanými je benefitem pouze na individuální úrovni zvýšení sebevědomí, jelikož na systemické úrovni by mohlo vést k prohloubení stigma.

4.2.2. Rizika diagnózy pro identitu

Zásadním rizikem diagnostického labelu je jeho potenciál k prohloubení izolace a pocitu odlišnosti od ostatních. V některých případech byla diagnóza prvním uvědoměním odlišnosti pro diagnostikované (Hallberg et al., 2010). V jiných byla diagnóza naopak nástrojem pro pochopení jejich odlišnosti (Mogensen & Mason, 2015).

Obecnou zkušeností však zůstává efekt diagnózy na zvýraznění „jinakosti“ diagnostikované osoby pro jejich okolí. Toto zvýraznění odlišnosti bylo participanty převážně vnímáno jako nepříjemné (Elkington et al., 2012; Humphrey & Lewis, 2008; Jones et al., 2015). Zmíněné zhodnocení jinakosti bylo ve výpovědích respondentů často spojeno s obecnou devalváci sebeúcty (Cooper & Shea, 1998; Huws & Jones, 2015).

Diagnóza měla v některých studiích také přímý negativní dopad na sociální vztahy diagnostikovaných. Participanti uváděli, že se kvůli diagnóze stali terčem šikany (Chavez et al., 2012; Elkington et al., 2012; Singh, 2011), přišli o přátele (Elkington et al., 2012; Leavey, 2005; Moses, 2010) nebo měli větší problémy s navazováním romantických vztahů (Elkington et al., 2013; Hallberg et al., 2010; Leavey, 2005).

Další studie uváděné autory metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) zmiňují, že respondenti s psychiatrickou diagnózou často vnímají nedostatečnou informovanost o duševním onemocnění v jejich sociálních kruzích a společnosti obecně (Humphrey & Lewis, 2008; Jones et al., 2015; Mogensen & Mason, 2015; Singh et al., 2010). Vnímaná neinformovanost měla dle respondentů vliv na nepochopení ze strany jejich vyučujících nebo rodin. Někteří participanti například uváděli, že po získání diagnózy začali být v rodinném kontextu vnímáni jako méně kompetentní a zodpovědní (Elkington et al., 2012; Leavey, 2005; Moses, 2010).

Participanti se také setkávali s problematickým nahlížením na jejich diagnostický label, jež dle jejich slov vedl ke „ztrátě identity“ v očích okolí, které začalo participanty vnímat pouze skrze jejich diagnózu (Elkington et al., 2012). Respondenti se setkávali i s opačným extrémem, a sice s osobami, které odmítali uznat legitimitu duševních onemocnění. Participanti se setkávali s těmito názory ze strany vyučujících (Singh, 2011), rodiny (Elkington et al., 2012; Moses, 2010), zdravotníků (Karterud et al., 2015) a přátel (Moses, 2010). Častou zkušeností byla například představa okolí, že participanti pouze předstírají duševní onemocnění, aby získali pozornost okolí.

Nejspíš nejčastějším a nejvýraznějším rizikem diagnózy pro sociální identitu je dle autorů (O'Connor et al., 2018) sociální stigmatizace. Přímou zkušenost sociálního stigmatu spojeného s duševním onemocněním našli ve 23 článcích z 38 studovaných. Jelikož se autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) věnovali primárně zkušenostem mladších a dětských respondentů, tak nejčastější reportované setkání se stigmatem byly v kontextu vrstevnické skupiny (Daley & Weisner, 2003; Elkington et al., 2012; Humphrey & Lewis, 2008; Huws & Jones, 2008; Jones, 2012; Kranke et al., 2010, 2011; McCann et al., 2012; Singh, 2011) nebo šikany ze strany spolužáků a přátel (Daley & Weisner, 2003; Hallberg et al., 2010; Humphrey & Lewis, 2008; Huws & Jones, 2008; Kranke et al., 2010; Singh, 2011). V některých případech byla šikana respondenty chápána jako přímý následek sdělení diagnózy (Singh, 2011).

Druhými nejčastěji uváděnými zdroji stigmatu byli vyučující (Cooper & Shea, 1998; Elkington et al., 2012; Humphrey & Lewis, 2008; Kranke et al., 2011; Moses, 2010; Singh et al., 2010). Vnímané stigma se například projevovalo skrze špatnou reputaci, intenzivní monitorování práce, verbální napadení, nebo falešné obvinění z dělání nepořádku.

Zdrojem stigmatu byla v některých případech také rodina. V některých zmíněných rodinných kontextech byla diagnóza vnímána jako zdroj hanby, který by měl být skrýván, aby nebyl status rodiny na veřejnosti pošpiněn (Elkington et al., 2012). V neposlední řadě se respondenti setkávali se stigmatem v kontextu zdravotníků (Avisar & Lavie-Ajayi, 2014; Mogensen & Mason, 2015), intimních vztahů (Elkington et al., 2013) a pracovišť (Hallberg et al., 2010).

Autoři metaanalýzy uvádí tři kategorie reakcí mladších respondentů na setkání se stigmatem: „internalizace stigmatu“, „resistence stigmatu“ a „vyhýbání se stigmatu“.

Vyhýbání se stigmatu byla strategie respondentů spočívající ve vyhýbání se odhalení stigmatizující diagnózy (Cooper & Shea, 1998; Elkington et al., 2012, 2013; Hallberg et al., 2010; Honkasilta et al., 2016; Humphrey & Lewis, 2008; Kranke et al., 2010, 2011; Leavey, 2005; Lingam et al., 2014; McCann et al., 2012; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2010; Singh et al., 2010; Singh, 2011; Wisdom & Green, 2004). Vyhýbání se stigmatu mohlo vypadat jako pouhé nezmiňování diagnózy v sociálních kontextech, nebo naopak aktivní strategie jako je lhaní o důvodech hospitalizace (Elkington et al., 2012), skrývání medikace (Kranke et al., 2010, 2011), nebo omezování rozvoje vztahů (Kranke et al., 2010; McCann et al., 2012).

Rezistence proti stigmatu se projevovala jako strategie participantů v aktivním boji proti stereotypickým labelům (Honkasilta et al., 2016; Jones et al., 2015; Leavey, 2005; Mogensen

& Mason, 2015). Někteří participantů užívali morální argumentaci, která bojovala proti diskriminaci a diskriminujícím (Jones et al., 2015; Mogensen & Mason, 2015). V neposlední řadě užívali respondenti strategii normalizace a minimalizace symptomů jejich diagnózy (Daley & Weisner, 2003; Lingam et al., 2014; McLaughlin & Rafferty, 2014; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2009).

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) označují za nejnegativnější strategii internalizaci stigmatu, která spočívala v přijetí negativních konotací spojených s diagnózou duševního onemocnění a jejich integrace do sociální identity. Takto internalizované stigma vyvolávalo v participantech pocity studu, hanby a potupy (Elkington et al., 2012; Hallberg et al., 2010; Jones, 2012; Karerud et al., 2015; Kranke et al., 2010, 2011).

Autoři metaanalýzy (O'Connor et al., 2018) zároveň zdůrazňují, že zkušenost se stigmatem po získání diagnózy duševního onemocnění nebyla zcela všudypřítomná (Elkington et al., 2012, 2013; Huws & Jones, 2008; Mogensen & Mason, 2015; Moses, 2010). Přesto byla setkání se stigmatem častá a mohla mít výrazné pragmatické i psychické následky na životy diagnostikovaných.

II. Empirická část

Na základě rešerše představené v teoretické části práce můžeme předpokládat, že proměny pojetí duševního onemocnění budou na úrovni jednotlivce vnímány rozličnými způsoby kvůli velkému množství determinujících faktorů diagnostického procesu. Změny by teoreticky mohly být znatelné například v rekonceptualizaci dosavadního pojetí self a v „sejmutí viny“ v rámci dosavadních nedostatečností nově vysvětlených diagnózou. U diagnózy MADD je téma prožívaných subjektivních změn po diagnóze v rámci kvalitativního výzkumu neprozkoumané. Výzkumná část této práce proto hlouběji prozkoumává prožitek a koncepci symptomů MADD před a po diagnóze. A dále koncepci self, vztah k rozličným diagnostickým faktorům a sociální dopad diagnózy, tři důležité aspekty dotvářející celkový prožitek diagnostického procesu a vztah k diagnóze jako takové.

Kromě diagnostického procesu byla v rámci výzkumu věnována pozornost uchopení prožitku symptomů a diagnózy MADD respondenty, jelikož se jedná o poměrně volnou klinickou kategorii, v rámci níž se nachází široké spektrum závažnosti onemocnění a symptomů, které jsou nedílnou součástí utvoření subjektivního uchopení diagnostického labelu.

1. Metodologie

Pro tento výzkum jsme zvolili metodu Interpretativní Fenomenologické Analýzy (IPA), v pojetí formulovaném profesorem Jonathanem Smithem (Smith, Flowers & Larkin, 2009), která cílí na hluboké porozumění zkušenosti participantů. Pro účely našeho výzkumu byla metodologie IPA vhodnou hlavně kvůli jejímu důrazu na subjektivní interpretaci zkušeností participanty, do které změny koncepcí duševního onemocnění zcela jistě zapadají. Metodologie IPA je specifická svým idiografickým přístupem, který se soustředí nejen na vyvstávající témata, ale také na specifika individuálních zkušeností participantů.

V rámci výzkumu jsme postupovali dle metodologie navržené Smithem a kol. (2009), která postupuje dle následujících kroků:

1. *Reflexe zkušenosti výzkumníka s tématem:* reflexe dosavadní zkušenosti se studovaným tématem, nebo její absence.
2. *Opakované čtení:* hlubší seznámení se s daty, ideálně s náslechem nahrávek (paralingvistické prostředky mohou dokreslovat výpověď).

3. *Explorativní komentáře*: podrobné komentování jednotlivých transkriptů zahrnující jednoduchý deskriptivní popis faktů, analýzu lingvistické struktury výpovědi a konceptuální uchopení výpovědi.
4. *Generování emergentních témat na úrovni jednotlivce*: pro každý rozhovor jsou z explorativních komentářů vygenerována témata, které zachycují esenci participantovi zkušenosti.
5. *Hledání souvislostí mezi tématy a shlukování témat*: vytváření celistvé struktury zkušenosti participantů, shlukování podobných témat, vytváření hierarchie.
6. *Analýza dalšího případu*: viz body 2-5
7. *Hledání vzorců napříč případy*: vzájemné porovnání zkušeností mezi participanty, hledání podobností a rozdílů napříč případy, z nichž vznikají nadřazená témata utvářející teoretický rámec analýzy.

Metodologie IPA se dále zakládá na principu „dvojí hermeneutiky“, v rámci níž výzkumník interpretuje interpretace participanta: jedná se tedy o výzkumníkovy interpretace participantových interpretací. Centrálním zaměřením této optiky je vytváření významu ze zkušeností participantů. Zásadní je také reflexivita pozice výzkumníka, která v našem případě spočívala ve zvědomění pozice studenta bez diagnózy duševního onemocnění a její odlišnosti od životní zkušenosti participantů.

1.1. Výzkumné otázky

V rámci výzkumu jsme pracovali s hlavní výzkumnou otázkou (VO), která se dělí na dvě výzkumné podotázky (VPO). Výzkumné otázky byly následující:

- VO: Jaký je subjektivně vnímaný vliv diagnózy MADD na zkušenost duševního onemocnění?
 - VPO1: Jak participanti vnímají konstrukt duševního onemocnění MADD před diagnózou?
 - VPO2: K jakým subjektivním změnám konstruktu dochází u participantů po diagnóze?

1.2. Sběr dat

Data byla v rámci výzkumu získána metodou polostrukturovaných rozhovorů vedených podle seznamu otázek, které byly konstruovány v souladu s metodologií IPA. Při vytváření seznamu otázek jsme se soustředili na co nejvíce otevřené formulace, aby bylo možné dát prostor pro vyjádření konkrétních zkušeností a názorů participantů. Otázky byly konstruovány kolem tří

tematických celků. Prvním bylo obecné pojetí duševního onemocnění a charakteristika potíží, negativ, pozitiv a symptomů spojených s diagnózou MADD. Druhým celkem bylo detailní retrospektivní rozebrání diagnostického procesu zahrnující první setkání se symptomy, první kontakt s diagnostickým systémem a celkový průběh diagnózy až do současnosti. Třetím celkem byly otázky na současný stav a prožitek diagnózy v kontextu předešlé zkušenosti a také sociální dopad diagnostické kategorie na vztahy s rodinou, přáteli a partnery.

Široký záběr a volná formulace otázek souvisely s důrazem metodologie IPA na ponechání prostoru participantům, kteří v rámci volnější struktury mohli sami lépe zdůraznit jimi subjektivně vnímané nejdůležitější oblasti prožitku duševního onemocnění. Rozhovory byly realizovány v online prostředí, v rámci něhož byly i nahrávány. Rozhovory se délkou pohybovaly mezi 60 a 90 minutami. Audio nahrávky rozhovorů byly přepsány a následně za účelem ochrany údajů smazány. Během přepisů rozhovorů byly identity participantů anonymizovány.

1.3. Etika výzkumu

V kontextu citlivosti zkoumaných témat byla etika výzkumu zásadní otázkou během celého výzkumného procesu. Zásadním byl důraz na dobrovolnost účasti a možnost odstupu od výzkumu. Před realizací rozhovorů byli participanté řádně informováni o celém procesu sběru dat, s nímž dále souhlasili prostřednictvím podpisu Informovaného souhlasu (viz Příloha č. 1). Před začátkem rozhovoru byli participanté opětovně informováni o průběhu rozhovoru a bylo jim dáno na vědomí, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit nebo z výzkumu zcela vystoupit. Zvýšený důraz na možnost přerušování rozhovoru byl v kontextu našeho výzkumu velice významný, jelikož je jeho zaměření natolik citlivé téma jako je diagnostický proces. Respondentům byl po skončení rozhovoru dále poskytnut seznam krizových linek a center, kvůli možnosti pozdějšího dopadu na psychiku spojeným s retrospektivním vzpomínáním na často traumatickou zkušenost počátků duševního onemocnění. Samotné realizaci výzkumu předcházela proces získání souhlasu Etické komise (viz Příloha č. 3), v rámci něhož byly komisi v žádosti poskytnuty detailní informace o plánovaném průběhu výzkumu (viz. Příloha č. 2).

1.4. Participanté

Kritéria pro zahrnutí participantů do výzkumu byla formulována následovně: diagnóza smíšené úzkostné a depresivní poruchy diagnostikovaná klinickým psychologem nebo psychiatrem v průběhu posledních 5 let a věkové rozmezí 18-30 let. Participanty jsme získali pozvánkou přes sociální média, na kterou se ozval natolik vysoký počet zájemců, že jsme se rozhodli výběr dále

zúžit na participanty bez dalších komorbidit duševních onemocnění. Toto zúžení bylo realizováno kvůli velkému vlivu ostatních duševních onemocnění na pojetí diagnostického procesu.

Tabulka č. 1: Základní údaje participantů

Pseudonym	Pohlaví	Věkové rozmezí	Vzdělání	Doba od diagnózy
Eva	Ž	20-22	Vysokoškolské	Méně než rok
Anna	Ž	18-20	Středoškolské	Méně než rok
Petra	Ž	23-25	Vysokoškolské	Cca 5 let
Ester	Ž	18-20	Středoškolské	Méně než rok
Jiří	M	21-23	Vysokoškolské	Cca 5 let

Participantka č. 1: Eva

Eva je studentka ve věku mezi 20 a 22 lety. Diagnózu smíšené úzkostné a depresivní poruchy dostala od psychiatra minulý rok. Během covidové karantény začala Eva pociťovat špatně pojmenovatelné stupňující se duševní potíže, které vygradovali do sebevražedných myšlenek, což vnímá jako určitý bod zlomu, který ji donutil vyhledat odbornou pomoc. Před covidem zažívala úzkostné a depresivní symptomy, které byly ale její rodinou interpretovány jako přecitlivělost.

Participantka č. 2: Anna

Anna je studentka ve věku mezi 18 a 20 lety. Prvních symptomů si začala všimnout během středoškolského studia. Symptomy se jí nejdříve začaly projevovat zvýšenou mírou stresu, který se snažila vyřešit pomocí navýšení množství studijního úsilí. Po neúspěšných pokusech o zvládnutí problému začala pociťovat demotivaci a zvýšenou únavu. S problémy vyhledala školní psycholožku, která ji později odkázala na psychoterapii a psychiatrii, kde získala diagnózu MADD.

Participantka č. 3: Petra

Petra je studentka ve věku mezi 23 a 25 lety. Symptomy MADD se u ní začaly objevovat okolo 15 let v podobě záchvatů dušnosti. Své symptomy si nejdříve interpretovala jako projevy fyzického onemocnění. Během bývalého toxického partnerského vztahu došlo k výraznému zhoršení symptomů a následnému vyhledání odborné pomoci v krizovém centru, kde ji odkázali na další odborníky. Krátce před rozhovorem získala Petra novou diagnózu narkolepsie.

Participantka č. 4: Ester

Ester je studentka ve věku mezi 18 a 20 lety. Depresivní symptomy vnímá jako přítomné už od nejtělejšího dětství. Zažívané symptomy začala vnímat jako deprese již během základní školy. Dlouho dobu se potýkala s nedůvěrou rodiny v existenci jejího onemocnění. Diagnóza jí umožnila onemocnění legitimizovat sobě i svému okolí.

Participant č. 5: Jiří

Jiří je student ve věku mezi 21 a 23 lety. Diagnózu MADD získal přibližně před 5 lety po delším období intenzivních pocitů méněcennosti a smutku. Symptomy se mu často projevily v rámci sociálního kontextu. Před diagnózou řešil nepříjemný prožitek symptomů alkoholem a marihuanou. Diagnóza mu umožnila pojmenování řady symptomů, o kterých se domníval, že jsou normálním projevem puberty nebo objektivními fakty v případě pocitů méněcennosti. V současnosti vysadil medikaci a vnímá, že se jeho onemocnění již příliš neprojevuje, kromě ojedinělých událostí.

1.5. Ukázka analýzy dat

Analýza dat byla realizována dle postupu navrženého v rámci metodologie IPA (Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M., 2009). První fáze analýzy spočívala v reflexi dosavadních zkušeností a názorů na zkoumanou problematiku diagnózy MADD. Uvědomění si úhlu pohledu studenta psychologie bez diagnózy duševního onemocnění bylo při interpretaci zkušeností participantů důležité, jelikož umožňovalo dbát na opatrnost při interpretaci, která byla nutná k zamezení „škatulkování“ zkušeností participantů dle dosavadních znalostí onemocnění.

Druhá fáze analýzy, opakované čtení umožnilo hlubší ponoření se do zkušenosti participantů. Čtení bylo realizováno za poslechu nahrávek rozhovorů, které umožňovaly dokreslení psaného slova o paralingvistický obsah.

Třetí fáze analýzy, explorativní komentáře, byla realizována podrobným popisem jednotlivých celků v rámci promluv participantů. Komentáře fungovaly jako deskriptivní popis obsahu

výpovědi, který byl v některých případech také dokreslen o lingvistické komentáře (forma vyjadřování, opakování slov atd.) a konceptuální komentáře, zahrnující interpretační úvahy vystávající během opakovaného čtení.

Čtvrtá fáze analýzy, generování emergentních témat, spočívala v interpretaci a shlukování explorativních komentářů do základních témat, utvářejících tematickou strukturu zkušenosti participantů.

Pátá fáze analýzy, hledání vzorců mezi tématy a shlukování témat, spočívala ve vytváření celistvé struktury a hierarchie témat vzniklých v předešlé fázi. Některá témata byla kvůli svojí vysoké míře podobnosti sloučena. Výsledná struktura umožňovala interpretaci zkušenosti na úrovni jednotlivce.

Šestá fáze analýzy spočívala v opakování dosavadních fází u ostatních transkriptů rozhovorů. Po dokončení všech interpretací na úrovni jednotlivce byla realizována sedmá fáze analýzy, hledání vzorců napříč případy. Jednotlivé rozhovory a jejich interpretace byly porovnány a ze společných vzorců byla vytvořena nadřazená témata.

Tabulka č. 2 Ukázka analýzy dat

Transkript	Explorativní komentáře	Emergentní téma
<i>„Asi to nebylo úplně nějaký překvapení. Protože to bylo vlastně něco, co jsem čekala a byla jsem i ráda, že to není něco víc, nebo že to není něco, co jsem nečekala. To nikdy není moc fajn.“</i>	Nejednalo se o překvapení, byla ráda, že se nejedná o další onemocnění (něco víc). Byla ráda – pocity úlevy? (konceptuální komentář)	Moment pojmenování Prožitek úlevy
<i>„A asi vlastně. Mi to pomohlo. Nebo že vlastně je to takovej „fact check,“ že si to můžu říkat i já sobě. Můžu to říkat i ostatním, když nevalidují moje problémy a vlastně mi to pomáhá, že když vím, že je mi hodně špatně, nebo že mám náročný úzkosti a mám jich hodně“</i>	Potvrzení sobě i okolí. Diagnóza jako „fact check.“ Legitimizační efekt diagnózy? (konceptuální komentář)	Legitimita diagnózy Nárok na výjimku

<p><i>„a necítím se vůbec dobře, tak si můžu, nebo je fajn si vzpomenout nebo si připomenout, že jo, ale já mám úzkosti a tohle je úplně normální a takhle se prostě mám cítit kvůli tomu, že mám úzkosti a přejde to.“</i></p>	<p>Když prožívá úzkosti, tak si připomene, že je to v rámci její diagnózy normální.</p> <p>Pocity přejdou. „Takhle se mám cítit.“</p>	<p>Diagnóza jako ujištění</p>
---	---	-------------------------------

2. Výsledky analýzy dat

Výsledkem fenomenologické interpretativní analýzy dat byla 4 nadřazená témata sdružená po dvojicích na chronologické období před diagnózou a po diagnóze. Koncepti onemocnění před diagnózou utvářela dvě témata, a sice „nepojmenované symptomy“, dělicí se na subtémata dle konkrétních interpretací symptomů, a „nefunkční coping/management symptomů“. Koncepte onemocnění po diagnóze se také skládá ze dvou témat, a sice „legitimizace onemocnění“, a s ní přidružené podtéma „sejmutí viny“, a také „diagnóza jako self-management“, dělicí se na subtémata dle konkrétních forem self-managementu symptomů.

Období před diagnózou vykazovalo postupné stupňování symptomů, způsobené nefunkčním copingem vycházejícím z interpretace nepojmenovaných symptomů, které kvůli postupné navyšující se frustraci nebo náhlé závažnější epizodě dovedly participanty k vyhledání odborné pomoci a později i diagnózy. Po diagnóze došlo ke konkretizaci symptomů, které společně s medicinským potvrzením pomáhaly legitimizovat onemocnění participantům i jejich okolí. Změna nepojmenovaných symptomů na konkrétní jednotky participantům umožňovala rozpoznat jednotlivé symptomy, jejich hranice a výskyt, což umožňovalo copingové strategie spojené s hlubší znalostí onemocnění a jeho projevů.

Tabulka č. 3: Identifikovaná témata

Období	Témata	Subtémata
Koncepte onemocnění před diagnózou	Nepojmenované symptomy	Fyzické vysvětlení
		Přecitlivělost
		Lenost
		Součást běžného prožívání
		Popření symptomů
	Nefunkční management symptomů	
Koncepte onemocnění po diagnóze	Diagnóza jako legitimizace	Sejmutí viny

	Diagnóza jako self-management	Diagnóza jako mapa
		Diagnóza jako rozlišení

2.1. Koncepce onemocnění před diagnózou

Koncepce onemocnění a jeho symptomů před diagnózou vypadaly u respondentů rozličným způsobem, ale vykazovaly podobné znaky. Zpravidla se jednalo o pokusy uchopení onemocnění skrze akceptovatelnější vysvětlení, než bylo duševní onemocnění. Tyto interpretace vznikaly z jejich vlastních předpokladů, nebo kvůli nesouhlasu okolí s představou, že by se mohlo jednat o duševní onemocnění.

2.1.1. Nepojmenované symptomy

U všech respondentů kromě Ester nebyly symptomy duševního onemocnění před diagnózou konceptualizovány jako projevy duševní choroby. Respondenti místo toho vnímali symptomy jako projevy pro ně známějších vysvětlení, které lépe zapadaly do jejich pojetí normy. Tyto vysvětlení fungovaly jako formy interpretace různorodých emočních, sensorických a sociálních zkušeností. Symptomy byly v rámci této fáze typicky bez konkrétních kontur a hranic. Jejich trvání a projevy si participanti výrazněji neuvědomovali.

Pro Evu byly nepojmenované symptomy překážkou i pro komunikaci stavu s rodiči. Bez konkrétní formulace podoby symptomů neměla možnost okolí popsat ani vysvětlit co se jí děje:

„Protože jsem cítila, že prostě mám problémy, ale nějak jsem to úplně nezvládala pojmenovat a vlastně mi nebylo dobře mentálně, což pro mě bylo hrozně těžký vlastně to nějak vysvětlit rodičům, protože když byli jako: "Co je špatně?" Tak jsem byla jako: "Já nevím, prostě je to blbý." A bez toho, aniž bych jako o tom něco věděla, tak to bylo vlastně těžký nějak popsat a vysvětlit.“

Pro Anu byly nepojmenované symptomy zdrojem zmatení a frustrace. Přestože dokázala logicky vnímat, že konkrétní situace nepředstavuje hrozbu, tak její emoční a fyzický stav tomu neodpovídal. Bez možnosti rozlišit symptomy onemocnění nechápala, proč se nemůže uklidnit:

„Nemohla jsem jako nic jíst a vždycky jsem z toho měla takovej pocit jakože, jako dyť vlastně všechno mám připravený. Proč jsem tak vystresovaná? Vždyť tohle je úplně zbytečný. Musím se jenom nějak uklidnit. A jako spíš ten pocit jako proč se prostě nemůžu uklidnit?“

Petra se před diagnózou potýkala se záchvaty úzkosti. Symptomy vnímala jako nepojmenované nebo až potlačené. Z vlastní zkušenosti věděla, že záchvaty po nějaké době přejdou:

„Nemyslím si, že jsem to měla nějak pojmenovaný, možná jsem to měla malinko jakoby potlačený a prostě občas jsem měla nějaký takovýhle záchvaty a prostě jsem je zvládla.“

Před diagnózou duševního onemocnění respondenti často hledali alternativní vysvětlení těchto nepojmenovaných symptomů. Pro některé byla tato vysvětlení po delší dobu funkční a přijatelná. Obecně můžeme rozdělit různé interpretace symptomů participanty před diagnózou na tři vzájemně prostupné kategorie: *fyzické vysvětlení, přecitlivělost, lenost, normální zkušenost.*

2.1.1.1. Fyzická vysvětlení

Častým pokusem o vysvětlení fyzicky prožívaných symptomů úzkostí byla jiná onemocnění nebo obecně přijatelné představy o normálních fyzických prožitcích jako je například stres nebo únava. Respondenti vnímali v tomto rozpoložení symptomy jako projev jiného zakořeněného problému.

Nejvýrazněji takto zažívala symptomy před diagnózou Petra. Domnívala se, že její záchvaty úzkosti spojené s dušností musí být zapříčiněny onemocněním nebo plicním problémem:

„Nemohla jsem jako dejchat, měla jsem to hodně propojený s tím dechem, kde jsem potom i byla na plicním kvůli tomu. Jestli to není jako nějaká nemoc, ale zpětně vim, že to byly prostě záchvaty, který jsem tak nějak věděla, že je umím zvládnout. Já jsem si myslela, že prostě to je nějaká jako nemoc, ale jako fyzická no.“

Interpretace symptomů jako projevů fyzického onemocnění Petru dovedla i k zdravotním prohlídkám. I když však plicní onemocnění bylo vyloučeno, nenapadlo ji symptomy interpretovat jako projev duševního onemocnění:

„Já jsem nebyla ohledně tohodle nějak edukovaná, což je asi dost běžný. Takže jsem šla na plicní a tam mi řekli, že mám úplně jako skvělou kapacitu plic a žádnéj problém s ničím a prostě že mám úplně skvělý plíce. A když to prostě neuměli pojmenovat plicáři, tak mě nenapadlo, co jinýho by to mohlo bejt.“

Anna vnímala fyzické symptomy úzkosti jako projevy normálního stresu. Její interpretace symptomů byla v obecném souladu s jejím pojetím přirozeného stresu. Prožívaným obtížím,

například pocitům na zvracení před testy, proto nepřisovala větší hodnotu, jak je patrné v následujícím úryvku:

„Ty fyzický projevy byly třeba, když jsem věděla, že další den píšu písemku, tak vlastně tu úzkost jsem měla v podstatě třeba už od toho večera předtím. Když jsem se ráno probudila, tak mi bylo na zvracení nebo jsem věděla, že nemůžu jíst, jinak bych se vyzvracela. Prostě jsem to brala, že jsem hodně vystresovaná, a věděla jsem, že jakmile tu písemku nějak napíšu, tak to nějak jako poleví. Brala jsem to jenom jako projev stresu dalšího a nijak jsem se nad tím nezamýšlela.“

Interpretace etiologie symptomů jako fyzického původu nepřicházely vždy pouze od respondentů, ale také z jejich okolí. Například Eva se v rodinném kontextu setkávala s přesvědčením, že její symptomy jsou buď fyzického původu, nebo vůbec nejsou problém:

„Já jsem to řekla mojí mámě, že jsem už dva týdny nejedla a že to prostě to je hrozný, že vůbec nechápu, co se děje. A ona mi řekla, že buďto pojedeme do nemocnice, anebo jsem v pohodě a vymyslela jsem si to.“

2.1.1.2. Přecitlivělost

Kromě fyzických vysvětlení symptomů byli respondenti konfrontováni s představou, že jejich symptomy vznikají jako důsledek přecitlivělosti. Tento narativ občas nevycházel ze samotných představ respondentů, ale z interpretací rodinných příslušníků.

Eva se potýkala s častou interpretací jejích symptomů jako projevu její přecitlivělosti ze strany jejích rodičů:

„Takže vlastně to je takový, že jsem nevěděla, jestli já si to vymýšlím, nebo jestli jakoby se nic neděje a jenom jsem přecitlivělá. To mi máma hodně často říkala, že jsem přecitlivělá a že vlastně je to... Nebo ona to tak asi nemyslí, ale vlastně pro mě to tak vždycky bylo, že to jakoby nikdo jinej to tak necítí, jenom já jsem prostě pokažená.“

Sama postupně tento konstrukt přejímala a při prožitku symptomů úzkostí přijala jako příčinu vlastní přecitlivělosti. Evin příklad je zajímavou ukázkou toho, jak vysvětlení subjektivní zkušenosti symptomů může být ovlivněno interpretacemi okolí:

„Já si myslím, že jsem hodně byla ovlivněná mojí mámou, že vlastně já jsem zažívala hodně stresu, jako často ze školy nebo z různých věcí, co mě vystresovalo víc, než by mělo. A máma mi vždycky říkala, že jsem přecitlivělá hodně, takže jsem vlastně to asi tak nějak přebrala... Takže jsem to nějak jako nebrala, že to může být něco vlastně opravdového.“

Petra vnímala symptomy z vlastní perspektivy jako formu přecitlivělosti nebo „hysteričnosti“. Symptomy v tomto kontextu vnímala jako součást svého charakteru a nemohla je externalizovat. Jejich pozdější pojmenování skrze diagnózu proto mohlo mít terapeutický efekt, jelikož se z její domněle charakterové vlastnosti stal symptom onemocnění:

„Myslím si, že trošku jsem si myslela, jako že jsem nějak jako hysterická nebo přecitlivělá. To si myslím, že jo. U té diagnózy bylo pro mě důležité, že nejsem hysterická, nebo že nemám přehnaný reakce, protože jsem to jako já, ale protože jsem nějak jako nemocná.“

2.1.1.3. Lenost

Participantů a jejich okolí občas interpretovali symptomy MADD před diagnózou jako projev lenosti či neschopnosti. Tato forma vysvětlení symptomů vycházela dle participantů z jejich vlastního přesvědčení, ale také z názorů rodiny a okolí, jejichž pojetí mohlo být respondenty internalizováno. Například Eva zmiňovala svou touhu po diagnóze na začátku diagnostického procesu, která částečně vycházela z potřeby legitimizace jejich prožitků v rodinném kontextu následovně:

„Pro mě to bylo hodně důležité, aby to moje rodina pochopila, nebo aby měla nějakou soucit a pochopení. No prostě, že když jsem doma a ležím v posteli celý den, tak že nejsem neschopná a líná, ale že prostě teď mám depresivní epizodu a fakt nic dělat nebudu a fakt nepůjdu ven a potřebuju, abyste to chápali, že se potřebuju vyspat.“

Eva se potýkala s interpretací depresivních symptomů jako lenosti i v rámci vlastních pochyb krátce před diagnózou MADD:

„Já jsem věděla, že je normální během depresivní epizody spát. Takže vlastně jsem do určité míry věděla, že to je v pohodě, ale pak vždycky prostě přišly pochyby. Vlastně co když ne? Co když prostě jenom jsem líná a prostě chci spát?“

Interpretace symptomů jako projevu lenosti byla specifická svým výskytem i po diagnóze. Participantů občas vnímali určitou míru nejistoty nad rozlišením depresivních symptomů od lenosti. Tato nejistota v některých případech souvisela se strachem participantů z nevědomého zneužívání diagnostického labelu. Například Anna uváděla obavy, že svou diagnózu bude užívat příliš jako výmluvu:

„Začala jsem mít takové obavy jako: Co když jako používám tu diagnózu moc? Jako nějakou berli. Jakože, co když se na to moc vymlouvám? Třeba když se cítím vážně špatně a rozhodnu

se, že nepůjdu do školy, tak pak ty pocity, jakože "je to vážně tak špatný, není to jenom, že používám tu diagnózu k tomu, abych jako se vlastně ulejšvala?" Jsem jako vlastně teď líná?"

Petřina situace byla v kontextu spánku specifická kvůli její recentní diagnóze narkolepsie. Spánek a únava mohly být Petrou interpretovány třemi způsoby, buďto jako symptom deprese, jako symptom narkolepsie, nebo jako lenost. Přesto diagnóza narkolepsie nepůsobila jako další znejistění, ale naopak dodatečné ujištění, že se nejedná o lenost:

„To že jsem depresivní, mi nestačilo jako vysvětlení, proč spím až občas 14 hodin denně. Takže tam to bylo, že jsem si říkala, že jsem asi líná prostě, nebo se mnou něco je, takže na to mám jakoby trošku živější vzpomínky, že vím, že tam mě ta narkolepsie fakt jako ujistila v tom, že to tak není. Aplikuju si to i na tu diagnózu úzkostně depresivní poruchy a myslím si, že jsem to tehdy po diagnóze měla podobně.“

2.1.1.4. Součást běžného prožívání

Někteří respondenti uváděli, že před diagnózou MADD vnímali své symptomy jako prožitek v rámci normy, který je běžný i pro zbytek společnosti. Moment diagnózy v těchto případech mohl být překvapující zvědoměním dříve neznámých symptomů.

Anna vnímala své symptomy jako normální projev stresu, se kterým se potýká každý. Její interpretace symptomů, ale začala narážet na hranice, když „normální“ stres neustával:

„Vnímala jsem to prostě jenom jako stres. A to stejný s tím spánkem. To, že nemůžu usnout, protože přemýšlím nad něčím, tak jako to je normální. Každý prostě nemůže někdy usnout, že jakoby přemýšlí nad nějakou velkou věcí další den. Ale že jo, když je to každý den a je to nějaká drobná věc, tak to pak má dlouhodobější dopad na člověka.“

Moment pojmenování symptomů diagnózou byl v tomto kontextu pro Anu překvapivý. Dříve „normální projevy stresu“ se staly „součástí diagnózy.“ Určitým zlomem ve vnímání symptomů jako součást normy byly pro Anu deprese:

„Když jako jsem dostala tu diagnózu, tak mi jako docvaklo, že asi spoustu věcí, který jsem si myslela, že jako dělaj i ostatní nebo mají i ostatní, tak jsou asi jako součást té diagnózy, že jsem prostě jako úzkostný člověk, že mám úzkostně depresivní poruchu, že v podstatě já jsem si jako s tou úzkostí byla docela dlouho a pak až když se to převršilo do deprese, nebo jakože začala jsem mít i tu depresivní část toho, tak jsem si všimla, že teda je něco špatně.“

Velice výrazným bylo pojmenování symptomů MADD u Jiřího, který své symptomy vnímal jako součást běžného prožívání. Nepozastavoval se nad nimi jako nad projevem duševního onemocnění. Teprve skrze diagnostický label a šok okolí pochopil, že něco není v pořádku:

„Vždycky jako s kamarádem jsem si posílal nějaký jako takový ty depresivní vtipy v patnácti letech, jakože ‘hahaha, zabiju se’. Ani mě nenapadlo, že vlastně tohle to není normální. Když se na to jako zpětně dívám, tak je to prostě hrozný, že jsem se takhle jako cítil.“

Jiří zmiňoval, že své pocity smutku, méněcennosti a strachu vnímal jako součást puberty. Nenapadlo ho, že by se mohlo jednat o něco víc. Domnívá se, že mu chyběla informovanost o duševních onemocněních:

„Já jsem prostě měl ty pocity méněcennosti, toho smutku, toho strachu nebo takový paniky a nevěděl jsem, proč se to děje. Nevěděl jsem, že by to něco mohlo být. Vůbec by mě to ani nenapadlo. Myslel jsem si, že to je součástí té puberty. A myslel jsem, že to přejde. Nenapadlo mě, že by to mohlo být něco víc. Možná kdybych věděl o tom, že něco takovýhodle existuje, tak bych to mohl řešit dřív.“

2.1.1.5. Popření symptomů

Poslední způsob, kterým respondenti uchopovali symptomy před jejich diagnostickým pojmenováním, bylo jejich úplné zpochybnění nebo popření. Zažívané symptomy se pokoušeli nevnímat nebo aktivně popírat.

Například Eva se dle vlastních slov tlačila „do normálního běhu“, jelikož nevnímala své symptomy jako projev onemocnění. Toto popření onemocnění vedlo k odpírání potřebné míry spánku a sebeděče:

„Vlastně jsem se trochu tlačila do toho jakoby normálního běhu života, i když jsem potřebovala něco jinýho. Prostě já jsem to nechápala, že občas prostě potřebuju víc spát nebo potřebuju nebyť mezi lidma nebo jakoby se starat o sebe trochu jinak. Řekla jsem si: „Ne, to prostě nemůžu dělat. Nejsem nemocná, nic mi není a všechno je to v mojí hlavě nebo vymýšlím si to. Když jsem v pohodě, tak proč prostě nemůžu dělat všechno ostatní? Měla bych to dělat.“ Takže jsem se do toho takhle trochu tlačila.“

Pro Ester často vycházelo zpochybnění symptomů od její rodiny. Výrazně negativní zkušeností bylo pro Ester setkání se školní psychologkou, která vyjádřila názor, že nemá duševní onemocnění. Toto zpochybnění onemocnění ze strany odborníka mělo výrazný negativní dopad

na její prožitky symptomů, částečně skrze internalizaci a potvrzení názorů rodiny, že si duševní onemocnění vymýšlí:

„Byla jsem u jedné školní psycholožky. Když jsem tam chodila, tak prostě z jejího postoje šlo vidět a aji mi to řekla, že si myslí, že mi nic není. Dostalo mě to do ještě horších stavů, protože jsem si fakt říkala, že si to jako fakt vymýšlím, nebo nevím. Bylo to fakt hrozný.“

Jedinou oporu nalézala v blízkém vztahu se svojí sestrou, která jejím prožitkům věřila a mohla poskytnout validaci jejich emocí. V přátelské kolektivu svoji zkušenost s onemocněním nesdílela:

„No právě, tak jsem se hodně potýkala s tím, že mi to ostatní nevěřili, že jak mi to řekla ta školní, potom už jako soukromá psycholožka, že si myslí, že mi nic není, tak jedinej, kdo mi věřil, byla moje ségra, protože my máme spolu velmi blízký vztah. Moji kamarádi prostě mě zase znají z jiné stránky, protože jim neříkám tolik věcí a tak.“

Obecná nedůvěra k jejím prožitkům, umocněná školní psycholožkou, vedla ke zmíněné intenzifikaci pochybností o realitě jejího onemocnění:

„Nikdo jinej mi prostě nevěřil a celkově mě to hodně ubíjelo s tím, že jsem podezřívala i samu sebe, že bych si to třeba teda mohla vymýšlet. Prostě pro pozornost nebo nevím. Co jsem se setkala s těma názorama, tak jsem si říkala, že třeba je to pravda, že prostě nevím co by, tak si vymýšlím. Prostě mentální porucha, abych byla zajímavá nebo já nevím. Protože, i když jsem věděla, že mi fakt něco je, tak tam byla převaha těch lidí, kteří mi nevěřili a tvrdili mi pravej opak. Začala jsem potom pochybovat hodně sama o sobě.“

Zkušenost Ester poukazuje na možný výrazný vliv percepce okolí a negativních zkušeností s odborníky na interpretaci symptomů před diagnózou.

2.1.2. Nefunkční management symptomů

Konstrukce onemocnění vytvořené interpretacemi symptomů před psychiatrickou diagnózou měly zpravidla své meze. Respondenti během období před diagnózou museli na zvládání symptomů volit copingové strategie, které dávaly smysl v rámci jejich interpretace symptomů. Pomyslným zlomem v nahlížení na symptomy skrze tyto interpretace bývaly u respondentů zásadní epizody, při kterých jim zvolená strategie zvládání symptomů nepomohla. Druhou možností byl postupný proces narůstající frustrace s nefungujícím copingem, který nakonec respondenty dovedl k vyhledání odborné pomoci.

Například Anna si interpretovala své symptomy jako projevy normálního stresu ze školy. Její snahou o vyřešení problému bylo snížení obav ze školních výsledků navýšením množství úsilí a práce:

„Já jsem to brala, že jsem pořád ve stresu kvůli tomu, že ve škole asi pořád nedělám dost, takže proto mám furt ten stres. Ale jako byla to úzkost. Měla jsem ten pocit, že se jenom potřebuju víc učit nebo víc si to procvičovat. Proč mi to nejde do hlavy, že jo? Já jsem si to odůvodnila tím, no, že asi jako prostě dělám toho málo, že se málo připravuju a že když jednou jakoby přidám a pak budu mít tím pádem lepší výsledky, tak to bude v pohodě.“

Aniny pokusy o vyřešení problému navýšením úsilí nefungovaly a zažívané symptomy se postupně zhoršovaly:

„Vysvětlovala jsem si to tím, že jenom dělám nedostatečně moc práce a musím přidat. Ale myslím, že tím se to zhoršovalo, protože jsem jako jela naprázdno a furt jsem přidávala víc a víc, takže jsem pak byla vlastně pořád v podstatě ve stavu docela vyvýšený úzkosti a tím pádem jsem byla víc vyčerpaná a tím se to zhoršovalo.“

Její nefunkční strategie zvládnání symptomů vedla k postupnému navyšování napětí. Po určitém zlomu kvůli většímu školnímu neúspěchu se Anna rozhodla vyhledat pomoc školní psycholožky, která by jí mohla poskytnout rady, jak lépe situaci zvládat:

„Mám pocit, že jsem jako udělala všechno, co jsem mohla. Nestačilo to. Mám špatnou známku. Teď jsem z toho vlastně úplně jako na prášky a takže prostě jsem usoudila, že to asi jako... nevěděla jsem, kdo jiný by mi s tím mohl pomoci? Myslím, že se to hodně stupňovalo, stupňovalo a stupňovalo a pak jako když to bylo nejhorší, tak jsem ji v podstatě šla vyhledat. Šla jsem tam v tu chvíli, když jsem měla pocit, že už je to nejhorší.“

Metody nabízené psycholožkou situaci ale spíše zhoršily, jelikož nefungovaly dostatečně a v Aně vyvolávaly pocit, že musí dělat něco špatně:

„Já jsem se jí asi ptala, jako jak mám nějak zvládat ten stres a jak se mám vyrovnat s nějakou špatnou známku. A ona mi v podstatě popisovala jako různé, jako metody, že třeba, když jsem jako úzkostná z ústního projevu, tak ať si zkusím představit ty lidi, že tam nejsou, nebo naopak jako že vypadají vtipně nebo něco takovýho, což mi nepomáhalo. Myslím, že ale mě to jako spíš trochu přihoršilo, protože pak jsem jenom vždycky měla pocit, že to musím dělat nějak špatně, protože mi to nefunguje.“

Jelikož její představa vyřešení stresu nefungovala, tak začala zažívat pochyby, zdali je její interpretace symptomů jako pouhého stresu správná. Anna začala po doporučení školní psychologičky docházet na psychoterapii, kde začala uvažovat o možnosti, že se jedná o deprese:

„Byla jsem hrozně unavená, ale zároveň jsem jako pořád spala. Nic jsem nestihla, nic jsem neudělala, že jo, ty úzkosti. Vlastně jsem už jako neměla moc žádný, jako koníčky, protože jsem neměla moc do ničeho chut'. Takže jsem začala mluvit se svojí psychologičkou o tom, že si myslím, že možná mám deprese nebo co to je, že se cítím tak špatně.“

Anu tedy dovedlo k představě, že se jedná o duševní onemocnění postupné stupňování problémů, které nebylo možné řešit zvolenou copingovou strategií vycházející z dosavadní interpretace symptomů. Jelikož strategie vycházející z interpretace symptomů jako pouhého stresu nefungovala, tak Anna postupně došla k hledání vysvětlení jejích problémů jako duševního onemocnění.

U Petry byl zlom ve vnímání oproti Anně výraznější a intenzivnější. Pro Petru byla interpretace symptomů spojená s tělesným vysvětlením problému. Stav paniky vnímala jako následek prožívání fyzických symptomů plicního problému. Myslela si, že její nemožnost nadechnout se vycházela z fyzické příčiny. Když přišel záchvat, tak ho musela prostě přečkat:

„Předtím to bylo vyloženě, že jsem začala panikařit z toho, že jsem fyzicky nebyla schopná se nadechnout do plic. Takže jsem to brala, jakože je logický, že mám takovejhle záchvat, když nemůžu dechat, že jo. Takže jsem to brala přesně jako fyzickou příčinu... Občas jsem měla nějaký takovýhle záchvatičky a prostě jsem je zvládla.“

Tato strategie zvládání symptomů přestala Petře fungovat během toxického vztahu, kdy se její symptomy výrazně zhoršily. Pomyslným zlomem byla jedna epizoda, kterou svou normální metodou přečkání záchvatu nedokázala zastavit:

„Měla jsem hroznej záchvat a neměla jsem, jak to zastavit. Vždycky jsem to tak nějak jako by měla, že jsem to nějak zvládla, přestože ty záchvaty byly jako na nic. I jako horší než ty, co jsem měla potom jakoby po tom vztahu, tak to bylo fakt jako nechutný. Ale vždycky jsem to nějak zvládala a potom v jednu chvíli to byl fakt jakoby jeden záchvat, kterej já jsem prostě nedokázala, nevěděla jsem, jak ho mám zastavit a jediný, co mě napadlo bylo, že prostě fakt někam s tím pudu. A nenapadlo mě v tu chvíli samozřejmě volat záchranku, že jo. Takže jsem si našla něco, co je otevřený v Praze a kam můžu jít. A vyjelo mi krizový centrum.“

V krizovém centru začala docházet na terapii, během nichž došlo k uvědomění, že se jedná o duševní onemocnění:

„Takže jsem jakoby začala chodit k tomuhle terapeutovi, protože mi prostě bylo jakoby jasné, že je to trošku jakoby spíš něco jako psychickýho. Ten byl skvělejší, a ten mi řekl ‘Ano, jste nemocná.’ Takže jakoby tenhle terapeut a nějaká tahleta velká epizoda, kdy prostě to bylo jako najednou mnohem mnohem horší, tak mě jako donutila přemejšlet nad tím, že to přesně může být jako psychický.“

U Petry můžeme opět pozorovat podobný vzorec. Nefunkční coping vycházející z interpretace nepojmenovaných symptomů duševního onemocnění nebyl dostačující na zastavení nebo zlepšení stavu. Navyšující se frustrace, nebo v Petřině případě zlom při závažnější epizodě, znemožnila pokračování v užívání dané copingové strategie, což participanty vedlo k vyhledání nové interpretace jejích symptomů za pomoci odborníků.

Jiří své pocity interpretoval jako normální součást puberty. Jeho pocity méněcennosti a smutku se mu nejčastěji objevovaly v sociálním kontextu. Své nahlížení na sociální vztahy před diagnózou vnímal jako fakta potvrzující jeho nedostatečnost. Po diagnóze vnímal, že jeho nahlížení bylo silně ovlivněno duševním onemocněním.:

„No, vím, že jsem prostě měl tady tyhle obtíže, že jsem se jako cítil hodně špatně v nějakých sociálních situacích. Cítil jsem se tam hodně úzkostlivě, cítil jsem se, že vlastně tam třeba nepatřím nebo že nejsem dost dobrej nebo prostě že mě lidi nemají rádi, nechtějí mě tam. Já jsem si to vysvětloval tak, že prostě nejsem dost dobrej, no. Jako vlastně mě nenapadlo, že by se mnou bylo něco špatně, dokud mi to někdo neřekl. Vlastně jsem si myslel, že tohle je úplně normální, a myslel jsem si, že prostě nejsem jako dost dobrej pro ty lidi a že ten pocit mám, protože to tak je. Ne protože jako že mám nějakou potíž, ale protože to tak prostě je, jsem si myslel.“

Jelikož Jiří vnímal, že jeho nedostatečnost je faktem a ne pocitem, tak se uchýloval k alkoholu a marihuaně, copingové strategii, která mu umožňovala tyto emoce utlumit:

„Měl jsem tady tyhle problémy, z toho občas právě byl pak nějaký jako panický záchvat, když se to přeneslo až moc daleko. Řešil jsem to tím nejhorším způsobem, že prostě jsem na to jako pil alkohol. Důvod, proč jsem pak vlastně se snažil tady ty pocity jako utopit něčím buď alkoholem nebo pak později tou trávou, protože jsem prostě se tak nechtěl cítit nebo jsem si to nechtěl pamatovat, když jsem se tak cítil.“

Jeho symptomy se ale stupňovaly a začaly se projevovat i v kontextu motivace. Zhoršování stavu se jednoho dne vystupňovalo natolik, že se Jiří rozhodl požádat o pomoc. Díky tomuto rozhodnutí se dostal do psychiatrické péče, kde dostal diagnózu:

„Řekl bych, že se to jako stupňovalo. Pak se k tomu přidalo to, že jsem prostě neměl tu motivaci na nic. A fakt jsem jako dny jenom ležel doma a nic nedělal. A pak se to někdy vystupňovalo už tak moc, že to prostě přeteklo a rozbrečel jsem se a šel jsem za mámou s tím, že prostě nevím, co mám dělat, že prostě všechno je hrozný. A ona řekla, že to teda budem řešit. A pak jsem se už dostal do nějaký do nějaké řekněme léčby, že jsem šel jako k psychiatričce. Kde ona mi vlastně dala tu diagnózu a zjistil jsem, že vlastně některý ty věci, co já prožívám, tak jakoby nejsou vůbec normální.“

U Jiřího si můžeme opět všimnout podobného vzorce jako u předešlých respondentů. Alternativní interpretace symptomů se pojily s formou copingové strategie, která se snažila řešit domnělou příčinu, nebo minimalizovat její dopad. Jelikož ale interpretace symptomů stála na špatných předpokladech, tak ani copingové strategie respondentů nemohly efektivně fungovat. Tato nefunkčnost copingových strategií nakonec vedla k větší epizodě nebo postupné frustraci z její neefektivnosti, které narušily původní interpretaci symptomů a přivedly participanty do diagnostického procesu, jenž jim umožnil symptomy interpretovat efektivnějším způsobem.

2.2. Koncepce onemocnění po diagnóze

Moment pojmenování duševního onemocnění psychiatrickou diagnózou byl pro participanty zcela zásadním momentem, který často vedl k dalekosáhlým změnám v jejich sebepojetí, sociálních vztazích a léčbě. Diagnóza nefungovala pouze jako pragmatická medicínská kategorie, ale také jako terapeutický nástroj umožňující konkretizaci nepojmenovaných symptomů a jejich lepší uchopení a zvládnání.

Nejasné či obtížně pochopitelné symptomy před diagnózou se změnily ve známé, definované projevy konkrétní diagnózy, s nimiž mohli participanti lépe pracovat. Legitimizace onemocnění diagnostickou kategorií dále umožňovala participantům zužitkovat „nárok na výjimku“, který se často pojil s rekonceptualizací sebepojetí a dosavadního prožitku překážek způsobených nově identifikovanými symptomy.

V neposlední řadě umožnila diagnóza nalézt vhodnější copingové strategie, které vycházely z lepšího pochopení příčiny symptomů. Participanti mohli pomocí medikace a lepší znalosti vlastního onemocnění zažít zlepšení svého stavu.

2.2.1. Diagnóza jako legitimizace

Pro všechny participanty, bez výjimky, figurovala oficiální diagnóza MADD jako forma legitimizace dosavadního prožitku onemocnění. Tento moment diagnostického procesu byl zásadním pro ujištění o existenci duševního onemocnění participantů, ale také pro možnost komunikace a uznání jejich stavu okolím.

Pro Evu byl moment diagnózy provázen pocitem zadostiučinění, spojeným s oficiální formou legitimizace jejího onemocnění, která není vyvratitelná její rodinou a okolím. Eva zmiňovala, že medicínská diagnóza, je faktem, který je uznávaný i v „jejich světě“ (rodičů a starší generace), což znemožňuje jejich poznámky na to, že si onemocnění vymýšlí:

„Bylo to pro mě potěšení z toho, že konečně ti lidi, co mi to devalidovali, nebo neuznávali, že vlastně mám nějaký problémy, tak že jako mám na to papír. Že vlastně celou dobu si to nevymýšlím a je to pravda... Protože ta diagnóza to zlepšuje trochu, že jakoby je to nějaký fakt, co je uznávaný i v jejich světě, takže vlastně je to něco, co oni musí akceptovat, protože je to akceptovaný v tom jejich sociálním světě nebo v kontextu, ve kterém oni žijou svoji realitu, tak tam vlastně je tohle potvrzení jakoby opravdový, takže to jakoby musí nějak s tím víc pracovat, než si jenom pořád stěžuju a něco si vymýšlím a říkám nebo tak, ale že teďka už je to vlastně opravdový i pro ně, nejenom pro mě.“

Pro Petru byla diagnóza formou ukotvení, že diagnózu má a existují způsoby jejího řešení. Kromě pojmenování symptomů pomohla diagnóza v ukázání možností řešení jejího stavu:

„No hlavně jsem potom byla potom hned jak jsem tu diagnózu dostala, tak mi rovnou dala i prášky a bylo to takový jako že. Mě to ukotvilo v tom, že jakoby jo, tohle mám a tohle jsou jakoby způsoby, kterejma to můžu v týhle té kategorii té diagnózy prostě řešit no...“

Kromě ukotvení byla diagnóza jedinou možnou formou komunikace jejích prožitků onemocnění s rodinou, která předtím představu, že se jedná o duševní onemocnění vůbec neuznávala. Oficiální dokumentace od lékaře ale občas stejně nebyla dostačující:

„No jako že to, že mám tu diagnózu je podle mě důležitý pro moji rodinu v tom smyslu, že jim můžu to vysvětlit a že jediný způsob jak to jako vysvětlit mojí rodině, což jsou prostě jako starý konzervativní lidi že jo, tak je přes jako papír od doktora, což je jakoby... To je pravda že tam to velmi jako velmi, velmi pomáhá, i když zase ne úplně tak jak jsem si představovala, protože občas i ten jako papír od doktorky, od doktora je prostě málo a jako psychický nemoci v týhle

tý jako generaci nejsou úplně zas tolik jako pochopeny dobře, ale tady jde o to, že mám jako něco oficiálního, to tomu rozhodně pomáhá.“

Pro Ester byl moment diagnózy úlevou, že si celé roky nevymýšlí, že může své onemocnění popsat a nějak ho řešit. Diagnóza byla opět momentem legitimizace jejích dosavadních prožitků:

„Pro mě to v tu chvíli asi byla jako úleva, že si nevymýšlím celý ty roky, že mi fakt něco je a že už to konečně můžu popsat a můžu s tím něco dělat. Jako vědomě. Prostě jsou nějaký postupy a můžu to řešit.“

Pro Ester byla legitimizace onemocnění také zásadní v rodinném kontextu, který předtím její duševní onemocnění zpochybňoval. Oficiální potvrzení ji umožnilo ukončit hádky o existenci její diagnózy:

„Jak jsem už zmiňovala předtím, tak prostě doma se na to nějak nevěří. A měla jsem pro ně přesně jakoby že to, že si to nevymýšlím, že to mám na papíře. Že prostě mám jakoby už stanovený, že mi fakt něco je a nemusím se prostě s někým hádat o tom, jestli mi to je nebo není.“

Legitimizace onemocnění byla zásadní pro ujištění o její existenci, ale také pro efektivní komunikaci s jejich okolím. Respondenti ve svých výpovědích zmiňovali pocity úlevy, radosti, ale také překvapení. Kromě jejich vlastního ujištění, že jsou jejich symptomy opravdovým duševním onemocněním, fungovala diagnóza také jako forma „sejmutí viny“.

2.2.1.1. Sejmutí viny

Vícero participantů připisovalo své symptomy před diagnózou vlastním nedostatečností nebo dispozicím. Tyto interpretace občas vedly k pocitům vadnosti a určitého provinění za vznik jejich stavu. Diagnostický label měl v tomto kontextu terapeutický efekt skrze sejmutí viny z participantů a vysvětlení jejich problémů zapříčiněním duševního onemocnění. Diagnóza takto umožnila participantům své dříve vnímané nedostatečnosti externalizovat na duševní onemocnění.

Pro Petru byla diagnóza uvědoměním, že věci, které se jí dějí během záchvatů nejsou její vina, ale že se jedná o opravdovou nemoc:

„Můj pohled na sebe se nezměnil úplně v tu chvíli, ale tak těsně potom to bylo přesně to, že jako za ty věci, co se mi dějou tak nemůžu a že je to jako fakt nemoc. Takže možná to jako zlepšilo

trošku jako pohled na mě. Takže jako se za to tolik jako neviním... že to prostě není moje vina no, že jako za to, za to jako nemůžu, že se mi to nějak rozšířilo a že to jako ovlivňuje můj život. Že to není třeba jenom tím, že mám na nic vůli, nebo něco takovýho.“

Petra vnímá sejmutí viny a plné přijetí diagnózy jako dlouhý proces. Stále se potýká s porovnáváním se s druhými, kteří nezažívají stejné překážky jako ona:

„Snažím se to nějak jako internalizovat a snaží se mi to internalizovat terapeutka a partner a všichni, že jako ty věci, který jako dělám ve svém životě, jakože práce, studium, a tak jsou mnohem větší úspěchy, než kdybych byla zdravá. Že jakoby já sebe furt jako částečně vnímám a mám na sebe stejný požadavky jako na zdravého člověka a přijde mi, že ty věci, který dělám, jsou jakoby nedostatečný, ale snažím se nějak internalizovat a jsem tak jakoby na půl cesty.“

Pro Anu souviselo sejmutí viny s uvědoměním, že její potíže nejsou jejím zapříčiněním. Zajímavým aspektem bylo vnímané zlepšení stavu, díky pocitu ztráty kontroly:

„Myslím si, že mi asi hodně pomohla ta diagnóza v tom, že jako aspoň vím, že to není jako něco, co dělám já jako špatně a musím se naučit, jak to dělat jinak. Nemám ten pocit, že furt jenom dělám něco špatně. Je to jako něco trochu mimo moji kontrolu.“

Zásadními byly pro Anu konverzace s její kamarádkou, která se potýkala s podobnými problémy. Možnost spatřit tyto obtíže u někoho blízkého jí pomohla v procesu sejmutí viny:

„Když jsem o tom mluvila se svojí kamarádkou, která měla stejný pocity a říkala mi: „Já jsem vlastně taky ted' spala a nic jsem neudělala.“ Tak to bylo jako docela takovej pocit, že jako asi to není úplně nějaká moje chyba, že jenom já dost něco neudělám. Jako tam bude i něco jinýho. Že třeba bych nikdy neřekla o svojí kamarádce, že se jenom dost nesnaží. Jenom prostě nemůže ted' moc spát, pak se jí to nějak rozbije. Tím pádem jsem pak trochu víc našla tu sympatii k sobě.“

Anna po diagnóze MADD přemýšlela nad svými zkušenostmi s překážkami způsobenými onemocněním v jiném světle. Diagnóza ji umožnila vnímat svou dřívější „nedostatečnost“ s větší mírou pochopení:

„Takže jsem jako trochu i šla zpátky jako ve svém životě a najednou jsem se dívala na různé situace jinak a asi jsem na to nahlížela s víc jako pochopením pro sama sebe a ne s takovým tím, jako proč jsem dělala nějak tohle to tak blbě? Nebo proč jsem se takto vůbec nějak jako

stresovala? Že asi spíš jako jsem na sebe začala pohlížet trochu jako s větším pochopením a míň jsem si věci nějaký jako vyčítala.“

Pro Jiřího bylo sejmutí viny zásadním momentem, který mu pomohl pochopit jeho pocity méněcennosti jako důsledek duševního onemocnění, a ne jako vnitřní dispozici nebo následek špatného fungování v kolektivu:

„Otevřelo mi to hrozně moc perspektivy, bych řekl, že prostě vlastně všechny tyhle věci jsou nějakým způsobem špatně, ale není to moje chyba. Hlavně to, že to není moje chyba mi jako hodně pomohlo, že to vlastně není něco, co jsem si způsobil sám tím, že jsem řekl nějakou blbost mezi spolužákama, ale je to tím, že prostě mám nějakou tu psychickou poruchu.“

Pro Ester bylo sejmutí viny zásadní i v mezilidské komunikaci. Diagnózu mohla použít jako vysvětlení jejího chování nebo stylu komunikace, který byl před diagnózou pro některé špatně pochopen. Ester naznačila, že diagnóza umožňovala ostatním vysvětlit, že není chyba v nich, sejmutí viny v tomto kontextu fungovalo i pro okolí diagnostikovaného:

„Právě pomohlo mi, že mám už přímo tu diagnózu, že to prostě můžu říkat lidem, že prostě hehe, já vím, že se prostě třeba chovám ted'ka takhle, ale prostě já mám úzkosti, pracuju na tom, ale mám to fakt stanovený. Takže můžu jako udělat pro sebe i pro ty ostatní, že prostě to není třeba chyba v nich nebo tak, když s nima komunikuji nějak divně.“

Diagnóza tedy pro respondenty byla legitimním potvrzením jejich nároku na výjimku, který byl důležitý pro jejich vlastní prožitek, ale i pro efektivní komunikaci onemocnění s okolím. Díky sejmutí viny bývaly v některých případech zkušenosti diagnózy doprovázeny pocity úlevy nebo potěšení.

Sejmutí viny souviselo také s retrospektivním nahlížením na dosud zažívané překážky způsobené duševním onemocněním. Tyto překážky mohly být pomocí diagnózy vysvětleny jako součást projevů duševního onemocnění. Tato retrospektivní rekonceptualizace občas vedla ke zlepšení sebepojetí a sebevědomí respondentů.

2.2.2. Diagnóza jako self-management

Kromě sejmutí viny a s ním spojenou rekonceptualizací dosavadního prožitku onemocnění docházelo u participantů díky diagnóze k proměně nefunkčních copingových mechanismů na efektivní strategie zvládnání symptomů. Diagnóza respondentům umožnila konkretizovat a vymezit jaké symptomy onemocnění přináší a jaký je jejich běžný průběh. Toto uvědomění

umožňovalo diagnostikovaným konstruktivně pracovat s prožitkem symptomů díky větší jistotě vycházející z medicínské legitimacy diagnostického labelu. Formy zvládání symptomů, které participantům umožnily získání diagnózy jsme rozdělili na dvě kategorie: *diagnóza jako mapa* a *diagnóza jako rozlišení*.

2.2.2.1. Diagnóza jako mapa

Po získání diagnózy mohli respondenti lépe očekávat průběh jejich symptomů. Lepší informovanost a jistota daná legitimitou psychiatrické diagnózy fungovala pro některé participanty jako forma ujištění, že jsou jejich symptomy normální a že je možné je přečkat.

Tuto strategii zvládání symptomů nejvíce užívala Eva, pro níž byl diagnostický label uklidněním a ujištěním, že její symptomy jsou normální a po chvíli přejdou:

„Když se necítím vůbec dobře, tak si můžu vzpomenout nebo si připomenout, že jo, ale já mám úzkosti a tohle je úplně normální a takhle se prostě mám cítit kvůli tomu, že mám úzkosti a přejde to a je to prostě jenom příznak toho. Že vlastně není vůbec nic špatně.“

Zásadní byla jistota o průběhu symptomů pro Evu v kontextu její tendence k sebepoškozování. Nutkání k sebepoškozování dokázala Eva lépe zvládat, díky své znalosti a jistotě vycházející z diagnostického labelu. Díky diagnóze může mít jistotu, že její pocity za nějakou dobu přejdou a může nutkání přečkat:

„Vlastně kvůli těm úzkostem občas mám potřebu to projevovat fyzicky, jako to převést do fyzické bolesti, protože když je to úplně nesnesitelný v těle, tak vlastně mi to pomůže.... Ted'ka jsem měla hodně úzkosti a pak depresivní epizodu a chtěla jsem si vrazit nůž do ruky. Jakože jsem hrozně měla potřebu to udělat. Ale vlastně jsem si připomněla, že to nechci udělat já, že to prostě je jenom ted'ka v té úzkosti a že je to v pohodě, protože prostě mám tuhle nemoc a tohle se mi bude stávat, ale to neznamená, že to mám udělat. Prostě takhle myslím jenom ted' na další den a pak to přejde a budu si připadat úplně šílená, že jsem to chtěla udělat, takže si zítra nebo za pár dní se tak cítit nebudu a je to OK.“

Pro Annu souvisela znalost diagnostického labelu s jistotou, že její úzkost pomine. Před diagnózou se potýkala s frustrací z neschopnosti utlumit pocity stresu. Díky diagnóze může mít větší jistotu v pojmenování jejich prožitků a nemusí se pokoušet stav vyřešit, jelikož ví, že pomine:

„Vždycky jsem mývala takovej pocit jakože, proč jsem tak vystresovaná? Dyť tohle je úplně jako zbytečný. Musím se jenom nějak jako uklidnit... Ted' vím, že tím, že když budu mít na sebe tyhle negativní myšlenky jako: „Proč to dělám?“ nebo „Proč se nemůžu uklidnit?“, tak si nepomůžu. Jenom jako můžu vědět, že je to úzkost a že vím, že nějak ten pocit pomine. No a celkově umím pojmenovat ty věci. Víím co se děje, nejsem už tady jako zmatená, nesnažím se jako najít jako co teda bych měla dělat jinak, že jsem jako víc si jistá v tom jako jak teda nějak funguju a tak.“

2.2.2.2. Diagnóza jako rozlišení

Kromě ujištění a znalosti průběhu symptomů umožňovala diagnóza respondentům rozlišovat symptomy duševního onemocnění od normálních emocí nebo objektivních faktů. Tato strategie zvládnání symptomů úzce souvisí s lepší znalostí a konkretizací projevů duševního onemocnění po jeho diagnóze.

Například pro Jiřího bylo zásadní rozlišení jeho vlastních interpretací sociálních situací ovlivněných jeho duševním onemocněním od objektivních faktů:

„To to jako za mě ten největší rozdíl, jsem vlastně vůbec nevěděl, že jako něco je se mnou špatně v tom smyslu, že mám nějakou jako psychickou nemoc a není to, jakože jenom já jsem špatnej člověk, kterej si to zaslouží a takhle. Kterej prostě, když se chová jako zlej k ostatním, tak se k němu chovají taky zle nebo prostě řekne blbost, tak ho lidi nemaj rádi, ale že to je prostě tím, že tyhle pocity a myšlenky mám kvůli té nemoci, a ne kvůli tomu, že by tak byly.“

Tento moment rozlišení označoval Jiří jako schopnost „racionalizace“ a „boje s pocity“. Diagnóza mu takto umožnila logické uchopení vlastních pocitů, které mohl oddělit od faktických informací:

„Pomocí té diagnózy jsem si to pak byl schopen vlastně racionalizovat ty pocity a i s nima jako líp bojovat, že prostě jsem pak věděl, že jako mám tyhle pocity, ale tyhle pocity prostě nejsou pravda, to prostě jako tak není. A už jsem s tím byl schopen jako líp bojovat s těma jako pocitama méněcennosti, úzkostma a takhle, že se nejedná o fakta.“

Schopnost rozlišení symptomů byla ale v některých případech vnímána ambivalentně. Například pro Petru diagnóza přinášela ujištění a rozpoznání symptomů, ale zároveň nové pochopení jejich symptomů v ní vyvolávalo nepříjemné pocity, jelikož jí pokaždé připomnělo jejich příčinný vznik v toxickém vztahu:

„Pokaždý, když jsem prostě měla nějaký problémy s tím, tak se mi to spojilo jako s tím traumatickým zážitkem, kde jsem se začala jakoby fakt prostě vracet k tomu, jako co to způsobilo. Takže to bylo takový na nic. Ale zároveň prostě jsem jako byla ráda, že to mám nějak pojmenovaný. No, protože to byla jako už i před tím jako velká součást mého života, takže jsem jakoby byla ráda, že aspoň jako vím, proč se to děje, i když mě to neuvěřitelně štvalo.“

Zajímavou výjimkou mezi participanty byl případ Ester, u níž vnímané zlepšení zvládnání symptomů po diagnóze chybělo. Tento rozdíl může souviset s její dlouhodobou jistotou, i před oficiální diagnózou, že se jedná o duševní onemocnění. Diagnostický label v jejím případě nepřinesl nové nástroje zvládnání symptomů, ale spíše metody komunikace jejího stavu s okolím, terapii a medikaci, které se ale zatím zdráhá:

„Mám pořád pocit, že s tím nemůžu pracovat nebo jakoby že mám nějaký předepsaný věci, jak bych s tím mohla pracovat. Z mého momentálního myšlení si myslím, že by mi hodně pomohla ta medikace, ale té se hodně bojím. Mně to prostě momentálně pomohlo jenom v tom, že můžu to říct té rodině, že si to nevymýšlím, no a prostě snažím se na tom pracovat skrze tu terapii.“

V kontextu výpovědi Ester je otázka, do jaké míry byly copingové strategie ostatních participantů umožněny základním předpokladem léčby pomocí medikace nebo psychoterapie. O určité autonomii strategií vycházejících z legitimacy diagnostického labelu můžeme teoreticky mluvit u Jiřího, který na psychoterapii nedocházel. V ostatních případech participantů je nutné vnímat jejich strategie zvládnání symptomů po diagnóze jako úzce propojené s obecným zlepšením stavu onemocnění umocněným přístupem k léčbě medikací a psychoterapií.

3. Diskuse

Výsledky realizovaného výzkumu ilustrovaly množství faktorů a procesů, které společně utvářejí subjektivně vnímanou zkušenost diagnózy duševního onemocnění. V průběhu analýzy výpovědí respondentů dle metodologie IPA byla nalezena 4 témata popisující subjektivní konstrukci duševního onemocnění a jeho symptomů. Tato témata byla chronologicky rozdělena na dvě poloviny: před diagnózou a po diagnóze. Témata byla následující: *nepojmenované symptomy*, *nefunkční management symptomů*, *diagnóza jako legitimizace* a *diagnóza jako self-management*.

Konstrukce duševního onemocnění před diagnózou byla specifická nevymezeností zažívaných symptomů. Tyto „nepojmenované symptomy“ zpravidla nebyly uchopovány jako symptomy duševního onemocnění. Participanti a jejich okolí před diagnózou interpretovali symptomy jako projevy fyzického onemocnění, lenosti, normálního stresu/emocí, přecitlivělosti nebo jejich existenci zcela popírali.

Výsledky analýzy symptomů duševního onemocnění byly v souladu s dosavadním popisem symptomů u diagnostických kritérií MADD. Určitou neuchopitelnost reportovaných symptomů klienty a obecně fyzické projevy symptomů MADD například popisuje Bartečková a kol. (2022).

Zůstává otázkou, do jaké míry jsou interpretace symptomů participanty specifické pro diagnózu MADD. Dá se předpokládat, že například interpretace symptomů jako projevu lenosti může být specifická pro depresivní projevy duševního onemocnění. S podobným předpokladem můžeme pracovat také u fyzických interpretací a úzkostných projevů. Představa, že jsou zkušenosti a projevy symptomů duševního onemocnění normální i pro zbytek společnosti byla přítomna i v některých ze zmíněných studií (Hallberg et al., 2010; Jones et al., 2015). V případě zmíněných studií byl ale prožitek pojmenování dříve neznámých symptomů spojen s nepříjemnými pocity, jelikož nový diagnostický label zvědomil participantům dříve neznámé negativní atributy.

V rámci našeho výzkumu tyto nepříjemné pocity nebyly přítomny, jelikož se jednalo o jinou formu chápání normality. Participanti předešlých studií (Hallberg et al., 2010; Jones et al., 2015) vnímali svůj prožitek před diagnózou jako obecně normální. Například participanti výzkumu realizovaném autory Hallberg a kol. (2010) neměli pocit, že by byli odlišní od svých vrstevníků před diagnózou ADHD. Diagnóza potom figurovala jako moment vyčlenění z této normality, moment uvědomění si dříve neznámých nedostatečností. Zkušenost participantů v rámci našeho výzkumu byla mírně odlišná. Jejich pojetí symptomů jako „normální

zkušenosti“ vycházelo ze znalosti jejich nedostatečností, které ale byly uchopovány jako častá, obecná zkušenost. Jinými slovy moment diagnózy v jejich případě umožnil poukázat na jedinečnost jejich zažívaných překážek a problémů, který jim naznačil, že se potýkají s větší mírou problémů než většina jejich vrstevníků. Toto uvědomění jim umožnilo snížit své nároky na vlastní výkon a sebepojetí. Respondenti zmíněných studií se ale s pocity nedostatečnosti nebo přílišných překážek vyvolaných jejich onemocněním před diagnózou příliš nepotýkali (Hallberg et al., 2010; Jones et al., 2015). Diagnóza proto v jejich případě měla negativní efekt na sebepojetí, kvůli poukázání na dříve neznáme nedostatečnosti.

Zmíněný rozdíl může spočívat v odlišné nátuře studovaných diagnóz, v našem případě úzkostné poruchy a v případě zmíněných studií poruch pozornosti a inteligence, které oproti afektivním a úzkostným poruchám nemusí prvoplánově vyvolávat nepříjemné prožitky, ale naopak vedou k odlišnostem v chování a percepci, které si nemusí jednotlivci před diagnózou uvědomovat.

Jedním z nejvýraznějších jevů přítomných u všech participantů našeho výzkumu byla legitimizace onemocnění skrze diagnostickou kategorii. Tento jev je zcela v souladu s dřívějšími výzkumy zaměřenými na změny self po získání diagnózy. Legitimizaci onemocnění diagnostickou kategorií například popisují autoři Mogensen a Mason (2015) u participantů s diagnózou poruch autistického spektra. Diagnostická kategorie v tomto kontextu sloužila jako forma legitimizace zažívaných problémů způsobených poruchou autistického spektra. Respondenti tuto zkušenost popisovali jako uvědomění si, že jejich problémy byly „reálné“ a mají medicínské pojmenování. Dalším příkladem diagnózy jako legitimizace je studie autorů Wisdom a Green (2004), jejichž participantů s diagnostikovanou depresí, popisovali moment pojmenování symptomů diagnostickou kategorií jako ujištění, že jejich symptomy měly oficiální jméno a že se s nimi potýkají i další lidé.

Efekt „sejmutí viny“ popisovaný ve vícero dřívějších výzkumech a teoriích diagnózy (Honkasilta et al., 2016; Jutel, 2014; Parsons, 1951; Young et al., 2008) byl v rámci našeho vzorku přítomný u všech participantů. Přítomnost zmíněných jevů v rámci našeho a množství dalších výzkumů napříč dlouhým časovým rozpětím nás může vést k úvaze, že efekt diagnózy na „legitimizaci onemocnění“ a „sejmutí viny“ z diagnostikovaných může být jedním ze společných zkušeností diagnózy duševního onemocnění v rámci západního psychiatrického systému. Osvětlující by v tomto kontextu mohl být výzkum hledající případy, kdy zmíněný efekt u diagnózy duševního onemocnění nenastal.

Konkrétní postupy fázi přijetí diagnózy duševního onemocnění, které navrhovali autoři zmínění v rámci „Fáze diagnostického procesu“ (Kübler-Ross, 1969; Murphy, 1995; Young et al., 2008) nebyl v rámci našeho vzorku přítomný. Široké spektrum emocí doprovázející diagnózu duševního onemocnění zahrnujících negativní emoce jako je hněv nebo truchlení také nebylo v rámci našeho vzorku přítomné. Pocity většiny respondentů byly jinak popisovány jakožto úleva, překvapení, nebo dokonce potěšení.

Převážně pozitivní pocity doprovázející moment diagnózy mohou úzce souviset s typem onemocnění. Předpokládáme, že MADD mohla být participanty pozitivně uchopena, díky efektivním možnostem léčby a mírnější nátuře onemocnění. Například autoři metaanalýzy O'Connor a kol. (2018) uvádějí, že u diagnóz se špatnou prognózou (jako jsou například poruchy osobnosti) bývá po diagnóze častý fatalismus u diagnostikovaných i klinických profesionálů. Další příčinou může být také menší míra stigmatizace úzkostných a afektivních poruch oproti poruchám osobnosti nebo psychotickým poruchám (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Specifika prožitku diagnostického procesu u MADD jsou od obecné zkušenosti diagnózy duševního onemocnění v současné době těžce rozlišitelné, kvůli nízkému množství výzkumů zaměřujících se na specifika a zkušenost diagnózy MADD. Naš výzkum se v tomto kontextu nabízí jako obecnější explorační výzkum, který může sloužit jako inspirace dalším navazujícím kvalitativním, ale i kvantitativním výzkumům zaměřujících se na diagnózu MADD. Sílou našeho výzkumu je právě jeho explorační hodnota, která ale nesmí být vnímána jako všeobjímající.

Při navazující interpretaci našich výsledků je nutné dbát na výrazné limity zvolených metod. Výzkum se sestával z malého vzorku participantů, jejichž výpovědi byly interpretovány za pomoci metody IPA, jež nám umožňuje uchopit jednotlivé zkušenosti respondentů jako individuální kazuistiky. Malý vzorek respondentů byl také úzce vymezený svým složením z převážně studentek v rozmezí 18–25 let. Navazující výzkumy by mohly proto naše výsledky obohatit analýzou zkušenosti diagnózy MADD u více mužských a starších participantů. Genderové rozdíly v pojetí onemocnění před diagnózou by mohly být významné i kvůli odlišné formě stigmatizace duševního onemocnění u mužů (Mckenzie, 2022). Věkové rozpětí může být také determinujícím faktorem zkušenosti diagnózy duševního onemocnění, jak naznačují mezigenerační konflikty v pojetí diagnózy patrné ve výpovědích participantů našeho výzkumu, ale také ostatní výzkumy (Mackenzie, 2019).

Kromě přínosu v kontextu navazujícího výzkumu může naše práce být přínosná pro klinickou praxi. Výzkum subjektivní zkušenosti klientů před diagnózou může být nápomocný k lepší identifikaci raných symptomů duševního onemocnění, které bývají v případě MADD často přehlíženy jako projevy stresu nebo fyzického onemocnění (Bartečková et al., 2022). Výzkum diagnózy MADD je v českém prostředí důležitý, kvůli malé míře probádání a velké prevalenci v rámci české populace (NZIP, 2024). Mimo diagnózu MADD mohou být výsledky realizovaného výzkumu klinicky užitečné v rámci zvážení komplexních faktorů a dopadů diagnostického labelu napříč spektrem duševních onemocnění. Jedním z nejdůležitějších výsledků našeho výzkumu zůstává fakt, že diagnóza duševního onemocnění není pouze pragmatickou „sterilní“ medicínskou kategorií, ale kategorizačním nástrojem, který má dalekosáhlé pozitivní i negativní dopady na mnoho oblastí života a duševního zdraví diagnostikovaných. Popsané zkušenosti participantů tohoto i mnoha dalších výzkumů mohou svým přesahem mimo terapeutický a léčebný kontext v klinické praxi pomoci s informovaným zvážením o udělení diagnózy.

4. Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřovala na komplexní prožitek diagnózy duševního onemocnění a na faktory, které tuto zkušenost konstituují. Dále se také zaměřovala na subjektivně vnímané dopady diagnostické kategorie na životy diagnostikovaných. V rámci empirické části byl realizován kvalitativní výzkum provedený polostrukturovanými rozhovory s 5 participanty a participantkami s diagnostikovanou smíšenou úzkostnou a depresivní poruchou, které byly následně interpretovány dle metodologie Interpretativní fenomenologické analýzy (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Cílem zmíněného výzkumu bylo porozumět zkušenosti diagnózy duševního onemocnění z úhlu pohledu participantů s diagnózou smíšené úzkostné a depresivní poruchy definované dle MKN-10. Výsledkem analýzy výpovědí respondentů byla 4 témata popisující subjektivní konstrukci duševního onemocnění a jeho symptomů před a po diagnóze.

Výsledky výzkumu naznačují, že participanti před diagnózou nevnímali zažívané symptomy jako projevy duševního onemocnění. Tyto nepojmenované symptomy se snažili zvládat rozličnými formami copingu. Zvolené strategie copingu úzce souvisely s interpretací příčin vzniku symptomů. Jelikož tyto copingové strategie nebyly zcela funkční a symptomy začaly nabývat větší intenzity, tak se respondenti po delší době frustrace, nebo po závažnější epizodě duševního onemocnění, rozhodli vyhledat odbornou pomoc.

Po diagnóze byly symptomy značně konkretizovány skrze jejich pojmenování diagnózou smíšené úzkostné a depresivní poruchy. Díky lepší znalosti zažívaných symptomů je mohli respondenti lépe rozeznat od normálních emocí a prožitků a také lépe předpovídat jejich průběh. Jistota vycházející ze zmíněných znalostí ve většině případů stačila na nahrazení copingových mechanismů před diagnózou.

V kontextu malého množství studií zaměřených na diagnózu smíšené úzkostné a depresivní poruchy může naše práce sloužit jako explorační výzkum, na který mohou navazovat další kvalitativní, ale i kvantitativní výzkumy zaměřující se na diagnózu MADD. Navazující výzkumy by například mohly naše výsledky obohatit analýzou zkušenosti diagnózy MADD u mužských a starších participantů.

Analýza sesbíraných dat může také pomoci odborníkům v rámci diagnostického procesu i osobám se zkušeností diagnózy duševního onemocnění lépe porozumět komplexnímu prožitku diagnózy, jeho aspektům a dopadu na život klientů.

Reference

- American Psychiatric Association. (b.r.). *Dictionary of psychology*. Získáno 20. duben 2024, z <https://dictionary.apa.org/>
- American Psychiatric Association. (b.r.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision DSM-5-TR*. Získáno 21. duben 2024, z [https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-\(1\)?sku=2576](https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-(1)?sku=2576)
- American Psychiatric Association. (b.r.). *DSM history*. Získáno 13. duben 2024, z <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- Amzat, J., & Razum, O. (2014). Sociology and health. In *Medical sociology in Africa* (s. 1–19). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121984/>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Aronowitz, R. (2008). Framing disease: An underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine* (1982), 67(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.02.017>
- Avisar, A., & Lavie-Ajayi, M. (2014). The burden of treatment: Listening to stories of adolescents with ADHD about stimulant medication use. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 16(1), 37–50. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.16.1.37>
- Bartečková, E., Hořínková, J., & Křenek, P. (2022). Mixed anxiety and depressive disorder: A review of the literature. *Psychiatrie pro praxi*, 23(3), 153–159. <https://doi.org/10.36290/psy.2022.033>
- Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem: The self lost and found. In *Handbook of personality psychology* (s. 681–710). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50027-5>
- Bilderbeck, A. C., Saunders, K. E. A., Price, J., & Goodwin, G. M. (2014). Psychiatric assessment of mood instability: Qualitative study of patient experience. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(3), 234–239. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128348>
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis.

- Social Science & Medicine*, 123, 7–17.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.048>
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., Greiner, L., & Kraemer, H. C. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43–58.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070998>
- Cooper, P., & Shea, T. (1998). Pupils' perceptions of Ad/Hd. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 3(3), 36–48. <https://doi.org/10.1080/1363275980030306>
- Corr, C. A. (2021). Should we incorporate the work of Elisabeth Kübler-Ross in our current teaching and practice and, if so, how? *Omega*, 83(4), 706–728.
<https://doi.org/10.1177/0030222819865397>
- Daley, T. C., & Weisner, T. S. (2003). „I speak a different dialect": Teen explanatory models of difference and disability. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(1), 25–48.
<https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.1.25>
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S., & King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: Prospective cohort study in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 472–478. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085092>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Elkington, K. S., Hackler, D., McKinnon, K., Borges, C., Wright, E. R., & Wainberg, M. L. (2012). Perceived mental illness stigma among youth in psychiatric outpatient treatment. *Journal of Adolescent Research*, 27(2), 290–317.
<https://doi.org/10.1177/0743558411409931>
- Farzad, N. (2004). *Lifting the veil on invisible identities: A grounded theory of self-disclosure for college students with mood disorders*. [Disertační práce, University of Maryland].
<http://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/1750/umi-umd-1726.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- First, M. B. (2011). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost–benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 1. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328340b594>
- Fletcher, K., Parker, G., & Tully, L. (2008). Patient satisfaction with the Black Dog Institute Depression Clinic. *Australasian Psychiatry*, 16(1), 27–32.
<https://doi.org/10.1080/10398560701784805>

- Floersch, J., Townsend, L., Longhofer, J., Munson, M., Winbush, V., Kranke, D., Faber, R., Thomas, J., Jenkins, J. H., & Findling, R. L. (2009). Adolescent experience of psychotropic treatment. *Transcultural Psychiatry*, *46*(1), 157–179.
<https://doi.org/10.1177/1363461509102292>
- Ford, E., Campion, A., Chamles, D. A., Habash-Bailey, H., & Cooper, M. (2016). “You don’t immediately stick a label on them”: A qualitative study of influences on general practitioners’ recording of anxiety disorders. *BMJ Open*, *6*(6), e010746.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010746>
- Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *60*, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>
- Foucault, M. (2006). *Madness and Civilization*. Vintage Books.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press.
<https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/P/bo3634980.html>
- Goldberg, S. (2007). *The social construction of bipolar disorder: the interrelationship between societal and individual meanings*. [Disertační práce, Fielding Graduate University]. <http://www.taosinstitute.net/websites/taos/images/resourcesnoteworthy/goldbergdissertation.pdf>
- Grob, G. N. (2011). The attack of psychiatric legitimacy in the 1960s: Rhetoric and reality. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, *47*(4), 398–416.
<https://doi.org/10.1002/jhbs.20518>
- Hallberg, U., Klingberg, G., Setsaa, W., & Möller, A. (2010). *Hiding parts of one’s self from others – a grounded theory study on teenagers diagnosed with ADHD* (3). *12*(3), Article 3. <https://doi.org/10.1080/15017410903478964>
- Hayne, Y. M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: Client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(6), 722–729.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00666.x>
- Hight, N. J., McNair, B. G., Thompson, M., Davenport, T. A., & Hickie, I. B. (2004). Experience with treatment services for people with bipolar disorder. *The Medical journal of Australia*, *181*(S7), 47–51. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06353.x>

- Honkasilta, J., Vehmas, S., & Vehkakoski, T. (2016). Self-pathologizing, self-condemning, self-liberating: Youths' accounts of their ADHD-related behavior. *Social Science & Medicine*, *150*, 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.030>
- Horn, N., Johnstone, L., & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, *16*(2), 255–269. <https://doi.org/10.1080/09638230601056371>
- Humphrey, N., & Lewis, S. (2008). 'Make me normal': The views and experiences of pupils on the autistic spectrum in mainstream secondary schools. *Autism*, *12*(1), 23–46. <https://doi.org/10.1177/1362361307085267>
- Huws, J. C., & Jones, R. S. (2015). 'I'm really glad this is developmental': Autism and social comparisons – an interpretative phenomenological analysis. *Autism*, *19*(1), 84–90. <https://doi.org/10.1177/1362361313512426>
- Huws, J. C., & Jones, R. S. P. (2008). Diagnosis, disclosure, and having autism: An interpretative phenomenological analysis of the perceptions of young people with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *33*(2), 99–107. <https://doi.org/10.1080/13668250802010394>
- Chavez, L., Mir, K., & Canino, G. (2012). Starting from scratch: The development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *36*(3), 465–479. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9264-0>
- Cheung, K. K., Wong, I. C., Ip, P., Chan, P. K., Lin, C. H., Wong, L. Y., & Chan, E. W. (2015). Experiences of adolescents and young adults with ADHD in Hong Kong: Treatment services and clinical management. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0478-x>
- Jones, J. L. (2012). Factors associated with self-concept: Adolescents with intellectual and development disabilities share their perspectives. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *50*(1), 31–40. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.1.31>
- Jones, J. L., Gallus, K. L., Viering, K. L., & Oseland, L. M. (2015). 'Are you by chance on the spectrum?' Adolescents with autism spectrum disorder making sense of their diagnoses. *Disability & Society*, *30*(10), 1490–1504. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1108902>
- Jutel, A. G. (2014). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. Johns Hopkins University Press.
- Karterud, H. N., Risør, M. B., & Haavet, O. R. (2015). The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and

- young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure - European Journal of Epilepsy*, 24, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.006>
- Keating, F., & Robertson, D. (2004). Fear, black people and mental illness: A vicious circle? *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 439–447. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00506.x>
- King, C., & Jaynes, T. (2021). Whiteness, madness, and reform of the Mental Health Act. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 460–461. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00133-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00133-4)
- Knight, M. T. D., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). „People don't understand": An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 12(3), 209–222. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118203>
- Kranke, D. A., Floersch, J., Kranke, B. O., & Munson, M. R. (2011). A Qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatric Services*, 62(8), 893–899. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0893
- Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L., & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.11.002>
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan Publishers.
- Lane, R. (2019). *Diagnostic identity and the legitimisation of mental health problems: An ethnographic study with a focus on bipolar disorder*. [Disertační práce, Cardiff University]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27055.59049>
- Leavey, J. E. (2005). Youth experiences of living with mental health problems: Emergence, loss, adaptation and recovery (Elar). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(2), 109–126. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2005-0018>
- Loughland, C., Cheng, K., Harris, G., Kelly, B., Cohen, M., Sandhu, H., Varmos, M., Levin, T. T., Bylund, C., Landa, Y., & Outram, S. (2015). Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 729–734. <https://doi.org/10.1177/0020764015576814>
- Mackenzie, C. S., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Chekay, R. (2019). Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *Journal of clinical psychology*, 75(12), 2259–2272. <https://doi.org/10.1002/jclp.22845>

- Mccann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2012). The experience of young people with depression: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 334–340. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x>
- McKenzie, S. K., Oliffe, J. L., Black, A., & Collings, S. (2022). Men's Experiences of Mental Illness Stigma Across the Lifespan: A Scoping Review. *American journal of men's health*, 16(1), 15579883221074789. <https://doi.org/10.1177/15579883221074789>
- McLaughlin, S., & Rafferty, H. (2014). Me and 'It': Seven young people given a diagnosis of Asperger's Syndrome. *Educational and Child Psychology*, 31(1), 63–78. <https://doi.org/10.53841/bpsecp.2014.31.1.63>
- Michael, F. (1999). The radical critics of psychiatry. In *Schizophrenia and Parenting*. Routledge.
- Milton, A. C., Mullan, B., & Hunt, C. (2016). Information giving challenges and support strategies at the time of a mental health diagnosis: Qualitative views from Australian health professionals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 735–746. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1187-6>
- Mitchell, C., Dwyer, R., Hagan, T., & Mathers, N. (2011). Impact of the QOF and the NICE guideline in the diagnosis and management of depression: A qualitative study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(586), e279-289. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X572472>
- Mogensen, L., & Mason, J. (2015). The meaning of a label for teenagers negotiating identity: Experiences with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 37(2), 255–269. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12208>
- Möller, H.-J., Bandelow, B., Volz, H.-P., Barnikol, U. B., Seifritz, E., & Kasper, S. (2016). The relevance of „mixed anxiety and depression" as a diagnostic category in clinical practice. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(8), 725–736. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0684-7>
- Morris, C., Smith, I., & Alwin, N. (2014). Is contact with adult mental health services helpful for individuals with a diagnosable BPD? A study of service users views in the UK. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 23(5), 251–255. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.951483>
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70(7), 985–993. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.022>

- Murphy, K. R., & Levert, S. (1995). *Out of the fog: Treatment options and strategies for adult attention deficit disorder* (1st edition). Hachette Books.
- Myers, D. G. (2022). *Social psychology* (14th edition). McGraw-Hill Education.
- O'Connor, C., Kadianaki, I., Maunder, K., & McNicholas, F. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science & Medicine* (1982), 212, 94–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.011>
- Oliveira, R. M., Rodrigues, P. C. B., Furegato, A. R. F., & Siqueira Júnior, A. C. (2013). The meaning and implications of schizophrenia from the perspective of people who experience it. *Acta Scientiarum. Health Science*, 35(1), 74–84. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v35i1.11007>
- Outram, S., Harris, G., Kelly, B., Cohen, M., Bylund, C. L., Landa, Y., Levin, T. T., Sandhu, H., Vamos, M., & Loughland, C. (2015). Contextual barriers to discussing a schizophrenia diagnosis with patients and families: Need for leadership and teamwork training in psychiatry. *Academic Psychiatry*, 39(2), 174–180. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0226-4>
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Notley, C., & Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: A systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet. Psychiatry*, 5(9), 747–764. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30095-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30095-6)
- Pilgrim, D. (2007). The survival of psychiatric diagnosis. *Social Science & Medicine*, 65(3), 536–547. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.054>
- Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S., & Morrison, A. P. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: User-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 33(11), 419–423. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.022863>
- Praško, J. (2003). *Smíšená úzkostně depresivní porucha*. Galén.
- Delmas, K., Proudfoot, J., Parker, G., & Manicavasagar, V. (2012). Recording past experiences: a qualitative study of how patients and family members adjust to the diagnosis of bipolar disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(11), 920–923. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318271a75e>

- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, *170*(1), 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Rogers, B., & Dunne, E. (2013). A qualitative study on the use of the care programme approach with individuals with borderline personality disorder: A service user perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *51*(10), 38–45. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130628-03>
- Saver, B. G., Van-Nguyen, V., Keppel, G., & Doescher, M. P. (2007). A qualitative study of depression in primary care: Missed opportunities for diagnosis and education. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, *20*(1), 28–35. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.01.060026>
- Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children’s perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, *73*(6), 889–896. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.049>
- Singh, I., Kendall, T., Taylor, C., Mears, A., Hollis, C., Batty, M., & Keenan, S. (2010). Young people’s experience of ADHD and stimulant medication: A qualitative study for the NICE guideline. *Child and Adolescent Mental Health*, *15*(4), 186–192. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00565.x>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE.
- Skovlund, H. (2014). Inclusive and exclusive aspects of diagnosed children’s self-concepts in special needs institutions. *International Journal of Inclusive Education*, *18*(4), 392–410. <https://doi.org/10.1080/13603116.2013.778336>
- Stalker, K., Ferguson, I., & Barclay, A. (2005). ‘It is a horrible term for someone’: service user and provider perspectives on ‘personality disorder.’ *Disability & Society*, *20*(4), 359–373. <https://doi.org/10.1080/09687590500086443>
- Steinert, U. (Ed.). (2020). *Systems of classification in premodern medical cultures: Sickness, health, and local epistemologies*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203703045>
- Still, A., & Velody, I. (2012). *Rewriting the History of Madness: Studies in Foucault’s ‘Histoire de la Folie’*. Routledge.
- Sulzer, S. H., Muenchow, E., Potvin, A., Harris, J., & Gigot, G. (2016). Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis. *Journal of*

- Mental Health (Abingdon, England)*, 25(1), 5–9.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1022253>
- Travell, C., & Visser, J. (2006). ‘ADHD does bad stuff to you’: Young people’s and parents’ experiences and perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(3), 205–216.
<https://doi.org/10.1080/13632750600833924>
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2024). Kubler-Ross stages of dying and subsequent models of grief. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>
- Národní zdravotnický informační portál. (b.r.). *Infografika: Duševní onemocnění v Česku*. Získáno 13. duben 2024, z <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S., & King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: Prospective cohort study in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 472–478. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085092>
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *The American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399–410.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- Wisdom, J. P., & Green, C. A. (2004). “Being in a funk”: Teens’ efforts to understand their depressive experiences. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1227–1238.
<https://doi.org/10.1177/1049732304268657>
- World Health Organization. (2022a). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact*. World Health Organization.
<http://www.jstor.org/stable/resrep44578>
- World Health Organization. (2022b, 8. června). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Woodgate, R. L. (2006). Living in the shadow of fear: Adolescents’ lived experience of depression. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 261–269.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x>
- Wu Y, Wang L, Tao M, Cao H, Yuan H, Ye M, Chen X, Wang K, Zhu C. Changing trends in the global burden of mental disorders from 1990 to 2019 and predicted levels in 25 years. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023 Nov 7;32:e63. doi: 10.1017/S2045796023000756. PMID: 37933540; PMCID: PMC10689059.

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2023). F41.2 Smíšeně úzkostná a depresivní porucha. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (10. revize). <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F41.2>
- Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: A qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Attention Disorders*, *11*(4), 493–503. <https://doi.org/10.1177/1087054707305172>
- Zajicek, B. (2018). Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912–1936. *History of the Human Sciences*, *31*(2), 88–105. <https://doi.org/10.1177/0952695117746057>

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2. Žádost o etické posouzení projektu

Příloha č. 3 Posudek komise pro etiku ve výzkumu

Přílohy

Příloha 1

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Název: Subjektivně vnímaný vliv diagnózy na prožívání psychického onemocnění

Pracoviště: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, nám. Jana Palacha 2, Praha 1

Řešitel projektu: Kryštof Kerndl

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste pozván/a k účasti na výzkumném projektu „Subjektivně vnímaný vliv diagnózy na prožívání psychického onemocnění“. Vaše účast v tomto výzkumu je zcela **dobrovolná**. Svou účast můžete odmítnout nebo ji kdykoliv v průběhu přerušit, aniž byste za to byl/a nějakým způsobem penalizován/a.

Níže najdete hlavní informace o našem výzkumném projektu. Přečtěte si, prosím, pečlivě tyto informace a rozhodněte se na jejich základě, zda se chcete výzkumu účastnit. Pokud máte ohledně výzkumu jakékoliv nejasnosti či dotazy, neváhejte se s nimi obrátit na mě obrátit.

Jaké jsou cíle výzkumu?

Cílem tohoto výzkumu je porozumět diagnostickému procesu ze strany příjemce diagnózy a zjistit, zdali a jakým způsobem dochází u příjemce ke změnám prožívání symptomů, sebepojetí a dalších psychosociálních aspektů duševní nemoci. Výsledky výzkumu mohou pomoci lépe porozumět subjektivnímu prožitku získání diagnózy psychického onemocnění a poukázat na jeho dopady v životě a léčbě klientů a klientek.

Jak dlouho bude trvat Vaše účast ve výzkumu?

Vaše účast ve výzkumu zahrnuje **1 rozhovor** v rozsahu **60 - 90 minut**. Délku rozhovoru přizpůsobíme Vaším časovým možnostem.

Co bude následovat, pokud se výzkumu rozhodnete zúčastnit?

Pokud se rozhodnete výzkumu účastnit, povedu s Vámi rozhovor týkající se Vašich zkušeností s diagnostickým procesem a duševním onemocněním. V průběhu rozhovoru Vám budu klást **otázky týkající se následujících okruhů:**

- Popis Vaší zkušenosti s duševním onemocněním a s ním spjatými symptomy
- Popis vývoje Vašeho duševního onemocnění
- Popis Vaší zkušenosti s diagnostickým procesem
- Popis vlivu Vaší diagnózy na mezilidské vztahy

Abych mohl přesně zaznamenat Vaše výroky, rád bych rozhovor nahrál na diktafon. Nahrávka bude sloužit pouze k přepisu (transkripci) rozhovoru do textové podoby a bude okamžitě po přepisu trvale vymazána. Přepis rozhovoru bude důkladně anonymizován, tj. z přepisu rozhovoru budou odstraněny všechny informace, které by Vás mohly identifikovat. Nahrávání na diktafon můžete odmítnout, to jak nahrávání celého rozhovoru, tak jeho úseků. V takovém případě si budu dělat pouze písemné poznámky.

Jak budou mnou poskytnuté informace chráněny?

Všechny Vaše odpovědi v rozhovoru jsou **přísně důvěrné**. Aby byla ochrana Vašich dat co nejvyšší, provedu následující opatření:

- Ve výzkumu nebudeme zaznamenávat žádné informace, které by mohly vést k Vaší identifikaci, jako jsou Vaše jméno, datum narození, adresa, nebo jiné identifikační údaje. Rozhovor s Vámi bude zaznamenán pouze pod **pseudonymem**, takže se Vaše jméno ani v žádném záznamu neobjeví.
- Ve výzkumu budu zaznamenávat pouze **základní demografické údaje**, které nemohou vést k Vaší identifikaci: pohlaví, věk, diagnóza.
- Přepis nahrávky bude důkladně **anonymizován**, tj. veškeré případné identifikační údaje budou vymazány. Po přepisu bude nahrávka trvale vymazána. Analýzu dat budu provádět již pouze na anonymizovaných prepisech, ze kterých Vás nebude možné identifikovat.
- Je samozřejmostí, že se Vaše jméno neobjeví v žádném publikačním výstupu.

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

datum narození:

telefon:

e-mail:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a

archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;

- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

Příloha 2

Žádost o etické posouzení projektu

Popis projektu

Název	Subjektivně vnímaný vliv diagnózy na prožívání psychického onemocnění
Financován	
Hlavní řešitel	Kryštof Kerndl
Základní součást	
Popis (max. 2000 znaků)	<p>Tato bakalářská práce se zabývá subjektivně vnímaným vlivem diagnózy na prožívání psychického onemocnění. Cílem práce je přiblížit a porozumět diagnostickému procesu ze strany příjemce diagnózy a zjistit, zdali a jakým způsobem dochází u příjemce ke změnám prožívání symptomů, sebepojetí a dalších psychosociálních aspektů duševní nemoci.</p> <p>Empirická část práce bude realizovaná za využití kvalitativního výzkumného designu interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výzkum se uskuteční prostřednictvím cca hodinových semi-strukturovaných rozhovorů, které budou mapovat subjektivní zkušenost participantů a participantek s duševním onemocněním a diagnostickým procesem. Při analýze bude v souladu s IPA kladen důraz na analýzu subjektivních významů a zasazení těchto zkušeností do celistvého individuálního příběhu. Získaná data budou analyzována dle postupů IPA</p> <p>Výsledky výzkumu mohou pomoci lépe porozumět subjektivnímu prožitku získání diagnózy psychického onemocnění a poukázat na jeho dopady v životě a léčbě klientů a klientek. Praktický přínos výsledků výzkumu může pomoci lépe pochopit vliv diagnostických kategorií na příjemce diagnózy, což může přispět k lépe informovaným rozhodnutím v komplexní oblasti psychodiagnostiky. V neposlední řadě můžou výsledky výzkumu sloužit v rámci psychotherapeutického kontextu k nahlédnutí do subjektivního prožívání diagnostického procesu klientů.</p>

Otázky na etické aspekty projektu

1. Zahrnuje váš výzkum lidské účastníky?

ANO

Pokud ANO:

a. Účastní se výzkumu na základě vlastního rozhodnutí?

ANO

Potenciální participantů budou osloveni skrze metodu sněhové koule (snowball sampling), tedy přes prvotní vyhledání jednoho či dvou participantů a poté v kontaktování jejich kontaktů. Účast na výzkumu bude zcela dobrovolná a na participanty nebude vyvíjen jakýkoliv nátlak na participaci na rozhovorech. Participantů budou informováni, že mohou rozhovor kdykoliv přerušit či ukončit. V případě souhlasu participanta s účastí bude kritériem pro zařazení do výzkumného souboru deklarovaná diagnóza úzkostně-depresivní poruchy a skutečnost, že se jedinec momentálně nenachází v akutní fázi onemocnění – tj. nebyl v nedávné době hospitalizován, ani nedošlo k signifikantnímu zhoršení případných projevů onemocnění.

Informovaný souhlas bude dopředu danému účastníkovi odeslán prostřednictvím emailu a podepsán na počátku samotného výzkumného rozhovoru.

b. Jedná se o účastníky, kteří nemohou poskytnout informovaný souhlas (včetně dětí a mladistvých)?

NE

Výzkum bude probíhat na dospělých osobách ve stabilizované fázi onemocnění a lze tak tedy předpokládat, že budou orientováni v tom, co bude souhlas s účastí na výzkumu obnášet na základě informací poskytnutých ve zvacím emailu a informovaném souhlasu. Čas mezi vyjádřením souhlasu s účastí prostřednictvím emailu a realizací samotného rozhovoru poskytne čas na zvážení, zda nechtějí svůj původní záměr ještě změnit.

c. Patří účastníci mezi zvláště zranitelné osoby nebo skupiny?

ANO

Jedná se o vulnerabilní skupinu z hlediska řady aspektů popsaných níže. Jedná se o riziko vyvolání potenciálně emočně rozrušujících zážitků a vzpomínek spojených s onemocněním a diagnózou v průběhu rozhovoru.

V úvodu rozhovoru budou účastníci na toto riziko upozorněni a budou také seznámeni se svobodou se jakémukoliv potenciálně traumatickému obsahu ve vyprávění vyhnout. V případě momentálního zhoršení psychického stavu v důsledku konfrontace s nezpracovanými bolestivými vzpomínkami bude rozhovor přerušen a případně bude pokračovat až po odeznění tohoto stavu. Participantům bude také nabídnuto předání kontaktu na odbornou psychologickou pomoc. V neposlední řadě má tazatel (K. Kerndl) zkušenost s vedením rozhovorů o citlivých tématech a rovněž průpravu z výcviku komplexní krizové intervence. Současně však může mít rozhovor pro účastníky i terapeutický potenciál, kdy si při popisování své situace mohou uvědomit některé nové souvislosti.

Kritériem pro zařazení do výzkumu bude deklarovaná diagnóza úzkostně-depresivní poruchy. Do výzkumu budou zařazeny pouze osoby, které se nenacházejí v akutní fázi onemocnění. Informovaný souhlas bude poté participantovi či participantce předložen na začátku samotného výzkumného rozhovoru s možností se na jakékoliv nejasnosti doptat. Další podmínkou pro účast na výzkumném rozhovoru je zletilost daného respondenta.

d. Jsou účastníci pacienti?

ANO

Jedná se o skupinu osob s diagnózou úzkostně-depresivní poruchy. Jedná se však o osoby, které se nenacházejí v akutní fázi onemocnění a nebyli tedy v nedávné době hospitalizováni.

Účastníci budou oslovováni prostřednictvím zvacího emailu, ve kterém bude výzkum a podmínky účasti v roli respondenta popsány. Informovaný souhlas bude předložen a případně podepsán na začátku výzkumného rozhovoru. Pro účast na rozhovoru není podstatné, zda daný člověk v současné chvíli vykonává nějaké zaměstnání či nikoliv.

2. Pracuje váš výzkum s osobními daty účastníků? Shromažďuje a zpracovává tato data?

ANO

Všechna získaná data budou důsledně anonymizována, tedy všechny potenciální identifikátory budou odstraněny. Součástí informovaného souhlasu je rovněž souhlas s nahráváním

rozhovoru. Po jeho přepsání do textové podoby bude nahrávka smazána. V samotné bakalářské práci budou pozměněny a anonymizovány všechny údaje, které by potenciálně mohly vést k identifikaci daného participanta. Participant bude označován pseudonymem. Pokud by byly uvedeny nějaké specifické zkušenosti, u kterých by nebylo možné upravit dílčí informace, aniž by nedošlo ke změně významu dané výpovědi, a popis dané události by současně mohl vést k identifikaci daného respondenta, nebude daný úsek rozhovoru prezentován v žádném veřejně dostupném výstupu. Současně budou rozhovory přepsané do textové podoby uloženy pouze na osobním počítači tazatele (K. Kerndla) a zaheslovány. Po obhájení bakalářské práce budou smazány. Data budou využita pouze pro účely bakalářské práce. Průběžná záloha dat bude probíhat prostřednictvím flash disku bezpečně uloženého doma u autora práce.

Nejvíce citlivými údaji jsou jednak informace o zdravotním stavu a popis průběhu onemocnění. Druhým tématem jsou zkušenosti s reakcemi sociálního okolí na projevy onemocnění či samotnou skutečnost duševního onemocnění. Především u těchto dvou témat je naprosto zásadní zajistit, aby nebyl žádný potenciální čtenář práce schopný identitu daného respondenta odhalit.

d. Zahrnuje výzkum sledování nebo pozorování účastníků? (např. sledování pohybu osobo, údaje o poloze, IP adresy apod.)?

NE

Popište, jak budou účastníci sledováni nebo pozorováni.

e. Bude váš výzkum zpracovávat již dříve získané osobní údaje?

NE

3. Budou získaná data poskytnuta dalším subjektům?

NE

Příloha 3



FILOZOFICKÁ FAKULTA
Univerzita Karlova

Komise pro etiku ve výzkumu

V Praze dne 21. prosince 2023

Č. j.: UKFF/623778/2023

POSUDEK PŘEDLOŽENÉHO NÁVRHU PROJEKTU

Komise pro etiku ve výzkumu FF UK posoudila etickou přípustnost předloženého návrhu projektu *Subjektivně vnímaný vliv diagnózy na prožívání psychického onemocnění* a to z hlediska jeho celkového zaměření, plánovaných postupů a nástrojů výzkumu, dostatečnosti předpokládané informovanosti účastníků výzkumu a opatření pro ochranu jejich práv a

neshledala žádné rozpory ani nedostatky

vzhledem k požadavkům vyplývajících z právních předpisů České republiky, vnitřních a dalších předpisů univerzity a fakulty a specifických požadavků poskytovatele finančních prostředků a dalších orgánů a institucí, které provedení tohoto posudku nárokují.


předseda komise
Mgr. Jiří Lukavský, Ph.D.
člen komise

Komise pro etiku ve výzkumu
Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

kev@ff.cuni.cz

<http://www.ff.cuni.cz/fakulta/organy-fakulty/komise-ff-uk/komise-pro-etiku-ve-vyzkumu/>